Deutscher Volkshochschul-Verband



Leitfaden: Deutsch für Medizinerinnen und Mediziner

Autoren:

Damaris Borowski

Paul Cahoj

Jörg Deppe

Olga Grimm

Radka Lemmen

Dorothee Thommes

Renée Willenbring

Besonderer Dank gilt Dr. Kay Sulk für die Koordination des Gesamtprojekts.

Impressum

Herausgeber:
Deutscher Volkshochschul-Verband e.V.

Redaktion: Dr. Katharina Theml, Büro Z, Wiesbaden; Bundesarbeitskreis Sprachen des DVV

Fotos: Stuart Jenner/Shutterstock (Titel); Frank Widmann/Shutterstock (S. 11); Susan Chiang/Shutterstock (S. 29); Monkey Business Image/depositphotos (S. 51); minervastock/depositphotos (S. 67)

Satz: LayoutManufaktur.Berlin

Deutscher Volkshochschul-Verband

Leitfaden
Deutsch für Medizinerinnen und Mediziner

Inhalt

Vorwort 5

Einleitung: Hintergründe und Rahmenbedingungen 7

1. Ursachen des Ärztemangels 7
2. Berufsanerkennung 8
3. Heterogenität der Zielgruppe 9

   Literatur 9

Kapitel I: Wie viel Sprache braucht der Arzt? 11

1. Deutschkenntnisse B2 oder C1? 11
2. Die globalen Ziele 12

   Kommunikative Kompetenzen 12 I Handlungsfelder und Szenarien 13 I Transkulturelle Kompetenz 14 I Linguistische Kompetenz 16 I Soziolinguistische Kompetenz 20

3. Das deutsche Gesundheitssystem: Landeskunde 23
4. Berufsbegleitend versus berufsqualifizierend 24
5. Curricula und Materialien 24

   Rahmencurriculum 24 I telc Trainingseinheiten Deutsch B2-C1 Medizin 25 I telc Online Training Deutsch B2-C1 Medizin 25 I IMED-KOMM-EU 26 I Nützliche Materialien für den berufsbezogenen Deutschunterricht 26

   Literatur 27

Kapitel II: Was die Kursleitung können muss 29

1. Methodenkompetenz in Medizinerkursen 29

   Teilnehmerorientierung 30 I Bedarfsorientierung 32 I Handlungsorientierung 38

2. Medienkompetenz in Medizinerkursen 38

   Was ist Medienkompetenz? 39 I Digital kommunizieren 40 I Die Vielfalt des Internets nutzen 40 I Lernplattformen einsetzen 42

3. Anforderungsprofil 44

   Sprachniveau 44 I Erfahrung mit Prüfungsvorbereitung und -durchführung 44 I Erfahrung mit Sprachkursen auf möglichst vielen Niveaustufen 44 I Erfahrung mit berufsorientierten Sprachkursen 45 I Methodenkompetenz 45 I Sensibilität und Reflexivität im Umgang mit interkulturellen Themen 46 I Durchführung von Bedarfsermittlung 47 I Materialerstellung und Didaktisierung von authentischem Material 47 I Medienkompetenz 47 I Bezug zu Medizin 47 I Weiterbildung 47 I Persönlichkeit 47

4. Schulungen und Fortbildungen 48
telc gGmbH 48 I IQ Netzwerk 49 I Volkshochschulen und Landesverbände 50
Literatur 50

Kapitel III: Was die VHS wissen sollte 51

1. Zielgruppe und Kursformen 51
Teilnehmertypologie 52 I Formen des berufsbezogenen Deutschunterrichts 52

2. Kursplanung. 53
Offen oder on demand? In der VHS oder Inhouse? 53 I Bedarf und Erwartungen 54 I Unterrichtsthemen 56 I Unterrichtsvolumen und -zeiten 56 I Kursgröße 57 I Finanzierung 57 I Fördermöglichkeiten 58

3. Erfolgreiche Akquise 59
Wer sind die richtigen Ansprechpartner? 60 I Kontaktaufnahme 60 I Verhandlungsgespräche führen 63

4. Qualitätsanforderungen 64
Berufsbezogene Sprachprüfungen 65
Literatur 66

Praxisteil: Drei exemplarische Unterrichtsentwürfe 67

1. Unterrichtsplanung „Die körperliche Untersuchung“ 67
2. Unterrichtsplanung „Die Patientenvorstellung“. 82
3. Unterrichtsplanung „Der Arztbrief“ 99

Autoren und Beteiligte

- Damaris Borowski, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Deutsch als Zweitsprache für SchülerInnen mit Zuwanderungsgeschichte“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- Paul Cahoj, Kursleiter für DaF/DaZ mit Arbeitsschwerpunkt in der berufsbezogenen Sprachförderung; unterrichtet Deutschkurse für medizinisches Fachpersonal
- Jörg Deppe, Soziologe, Journalist und freiberuflicher Dozent für berufsbezogenes Deutsch; unterrichtet berufsbegleitend in Krankenhäusern und bildet Lehrkräfte im Bereich Deutsch als Fremdsprache fort
- Olga Grimm, Referentin für Sprachen beim Landesverband Thüringen (bis 2015)
- Magda Langholz, Assistentin für Integration und Sprachen, Deutscher Volkshochschul-Verband
- Radka Lemmen, Abteilungsleiterin für Deutsch und Integration, VHS Meppen, Fortbildnerin, Autorin und Dozentin für berufsbezogenes Deutsch
- Dr. Sibylle Plassmann, Stv. Geschäftsführerin und Leiterin Testentwicklung telc gGmbH, Frankfurt am Main
- Dr. Michaela Stoffels, Referentin für Integration und Sprachen, Deutscher Volkshochschul-Verband
- Dr. Kay Sulk, Sprachen, Integration und Grundbildung, Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens
- Dorothee Thommes, M.A., Autorin, Referentin telc gGmbh, Frankfurt am Main
- Evy Van Brussel, Referentin für Integration und Sprachen, Deutscher Volkshochschul-Verband (bis 2015)
- Willenbring, Renée, Dozentin für Deutsch mit Schwerpunkt Deutsch für den Beruf, Bildungsverein Hannover

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen an den Volkshochschulen!

Der Fachkräftemangel in Deutschland wird vielerorts diskutiert – im Bereich Medizin und Pflege ist er besonders virulent. Die Zuwanderung von qualifiziertem Fachpersonal aus der Europäischen Union und aus Drittstaaten ist schon jetzt eine Notwendigkeit und wird an Bedeutung weiter zunehmen. Im Ausland erworbene Qualifikationen und Kompetenzen können jedoch nur dann gewinnbringend in den hiesigen Arbeitsmarkt eingebracht werden, wenn angemessene Deutschkenntnisse beim handelnden Personal vorhanden sind.

Neben ihren allgemeinen und berufsbezogenen Sprachkursen bedienen Volkshochschulen schon jetzt die Nachfrage nach sprachlichen Nachqualifizierungen von Medizinerinnen und Medizinern, seien es zugewanderte oder geflüchtete Menschen, mit einem maßgeschneiderten und flexiblen Angebot. Sowohl im offenen Programm als auch im Rahmen spezifischer Projekte und Bildungsmaßnahmen bieten sie Kurse für diese Zielgruppe an.

Der vorliegende Leitfaden soll helfen, bereits existierende Angebote einer Qualitätskontrolle zu unterziehen. Wo es noch keine Angebote gibt, kann dieser die Volkshochschulen in die Lage versetzen, solche auf Grundlage valider Standards zu konzipieren und umzusetzen. Dabei setzt dieser Leitfaden sowohl auf der fachdidaktischen als auch auf der organisatorischen Ebene an. Ob Informationen, Vorlagen oder Checklisten zur Kursgestaltung, zur Akquise und Gesprächsführung mit Kliniken oder zur Auswahl und Fortbildung der Kursleitenden: All das wird hier – aus der Praxis für die Praxis – präsentiert. Zusammen mit der zugangsrelevanten und passgenauen Prüfung *telc Deutsch B2-C1 Medizin* haben wir so ein komplettes Paket aus einem Haus.

Der Deutsche Volkshochschul-Verband (DVV) geht davon aus, dass dies zu einer qualitätsorientierten Vereinheitlichung dieses Angebots beitragen kann. Zugleich sind wir uns bewusst, dass Deutschkurse für Medizinerinnen und Mediziner ein hohes Maß an Flexibilität erfordern. Daher handelt es sich hierbei nicht um ein durchdekliniertes Curriculum, sondern um ein verlässliches Tool zur bedarfsgerechten Gestaltung hochwertiger Kurse.

Wir würden uns sehr freuen, wenn dieser Leitfaden für Sie von Nutzen ist und flächendeckende Anwendung findet.

Mit herzlichen Grüßen

Ulrich Aengenvoort
Verbandsdirektor, DVV

Dr. Kay Sulk
DVV-Bundesarbeitskreis
Sprachen

Dorothee Thommes

Einleitung: Hintergründe und Rahmenbedingungen

2015 sind mehr als eine Million Flüchtlinge nach Deutschland gekommen. Davon sollen etwa zehn Prozent über eine akademische Ausbildung verfügen. Um aber etwa als Arzt oder Ingenieur in Deutschland arbeiten zu können, sei oft eine „Anpassungsqualifizierung" wie etwa ein fachspezifischer Sprachkurs nötig, so der Bildungsforscher Andrä Wolter von der Humboldt-Universität Berlin (Internetquelle 1).

> *„Viele Krankenhäuser in Deutschland suchen händeringend Ärzte. Diese Lücken füllen immer häufiger Ärzte aus dem Ausland. Die ausländischen Mediziner sind willkommen, wenn ihre fachliche Qualifikation der deutschen entspricht. Aber sie müssen auch die deutsche Sprache beherrschen. Die sprachliche Kompetenz ist sowohl für die Behandlung der Patienten als auch für das Gespräch mit den Kollegen entscheidend. Sprachkenntnisse sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung und dienen in erheblichem Maße der Patientensicherheit." (Montgomery 2013, Internetquelle 2)*

Der Fachkräftemangel, über den die deutsche Wirtschaft seit einigen Jahren klagt, zeigt sich demnach auch im medizinischen Bereich. In vielen deutschen Kliniken herrscht Ärztemangel. 2015 arbeiteten 42.604 ausländische Ärztinnen und Ärzte in deutschen Krankenhäusern. Im Vergleich zum Jahr 2014, als der Anteil der Ärzte aus dem Ausland in deutschen Krankenhäusern noch bei 11,6 Prozent lag, liegt er 2015 allerdings bei 9,2 Prozent (BÄK 2015, Internetquelle 3). Die meisten ausländischen Medizinerinnen und Mediziner arbeiten im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die Angaben, wie viele Ärzte bis zum Jahr 2020, also in vier Jahren, dem Gesundheitssystem fehlen werden, schwanken je nach Quelle von 31.000 Ärzten bis 54.000 Ärzten. In diese Berechnungen sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit einbezogen. Jeweils aktualisierte Zahlen finden sich auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de).

1. Ursachen des Ärztemangels

Die Gründe für diese Situation sind – wie so oft – vielfältig. So führte ein novelliertes Arbeitszeitrecht in Deutschland dazu, dass Bereitschaftsdienstzeiten und Arbeitszeiten gleichgesetzt wurden. Der Europäische Gerichtshof hatte dazu in den Jahren 2000 und 2003 zwei wegweisende Urteile gefällt, die besagten, dass das deutsche Arbeitszeitrecht nicht den europäischen Richtlinien entspricht und entsprechend geändert werden müsse. Bis zu diesen Urteilen galt nämlich die Zeit, die der Arzt in Bereitschaft, aber nicht tätig im Krankenhaus verbrachte, nicht als Arbeitszeit. Dies änderte sich mit der Novellierung von 2004. Ein Mehrbedarf an Personal war die Folge. Allerdings räumte man den Krankenhausbetreibern eine Karenzzeit bis 2006 ein, um diese neuen Arbeitszeitrichtlinien umzusetzen.

Ein weiterer Grund liegt in der Ausbildung selbst. Die Latte, einen Studienplatz für Humanmedizin zu bekommen, liegt hoch. Jedes Jahr nehmen knapp 10.000 junge Menschen ein Studium der Medizin in Deutschland auf. Es sind jedoch erheblich mehr, die in dieses Fach streben, aber bei der Studienplatzvergabe nicht berücksichtigt werden. Nur jeder fünfte an einem Medizinstudium Interessierte erhält kurz nach dem Abitur einen Studienplatz. Wer kein Einser-Abitur gemacht hat, wartet durchschnittlich zwei bis vier Jahre, bis er oder sie das Traumstudium beginnen kann. Viele von ihnen suchen daher ihr Glück in den europäischen Nachbarländern wie Österreich, Ungarn oder Tschechien, absolvieren umfangreiche Tests oder fangen erst einmal eine Ausbildung im Pflegebereich oder im Rettungsdienst an.

Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery forderte im April 2016 die

Zahl der Studienplätze für Humanmedizin um zehn Prozent zu erhöhen und auch denjenigen Abiturientinnen und Abiturienten den Zugang zum Studium zu ermöglichen, die keinen Einserschnitt vorweisen (Montgomery 2016, Internetquelle 3). Er weist vielmehr darauf hin, dass auch andere Faktoren, wie psychosoziale Kompetenz oder soziales Engagement bei den Auswahlverfahren eine Rolle spielen müssten. Zudem gibt es auch unter den Medizinstudentinnen und -studenten einen stabilen Prozentsatz Studienabbrecher, die vor oder nach dem Physikum aus unterschiedlichen Gründen das Studium aufgeben. Und diejenigen, die das Studium bis zum Examen durchziehen, wählen längst nicht alle eine Arbeit im kurativen, medizinischen Bereich. So ist keineswegs garantiert, dass die an deutschen Hochschulen ausgebildeten Mediziner im Anschluss an ihr Studium eine Arbeit an einer deutschen Klinik oder in einer ländlichen Praxis aufnehmen. Die Arbeitsbedingungen in der Pharmaindustrie oder im Ausland erscheinen da bisweilen attraktiver – der sogenannte Brain Drain findet also in beide Richtungen statt.

Zuletzt bleibt noch die zunehmende Feminisierung des ärztlichen Berufs zu nennen, die zum Teil einen höheren Personalbedarf zur Folge hat. Viele Ärztinnen bevorzugen Teilzeitstellen, um Familie und Beruf besser miteinander zu vereinbaren. Während also viele junge Abiturientinnen und Abiturienten aus Deutschland ins Ausland gehen, um dort ihr Medizinstudium zu beginnen, kommen immer mehr gut ausgebildete junge und ältere Ärztinnen und Ärzte aus Europa und anderen Ländern nach Deutschland, um hier zu arbeiten.

2. Berufsanerkennung

Neben der fachlichen Qualifikation, die von den einzelnen Ärztekammern und Bezirksregierungen in unterschiedlichen Verfahren überprüft wird, müssen die ausländischen Ärztinnen und Ärzte auch entsprechende Deutschkenntnisse mitbringen und nachweisen, damit sie ihren Beruf erfolgreich ausüben können.

Die Approbation ist ein Verwaltungsakt und bezeichnet für den medizinischen Bereich die Berufserlaubnis. Sie ist von unbegrenzter Dauer und national gültig. Zuständig für die Erteilung der Approbation sind die obersten Landesgesundheitsbehörden. Eine befristete Berufserlaubnis hingegen ist zeitlich und auf ein Bundesland beschränkt, manchmal auch nur auf eine bestimmte Arbeitsstelle. Die genauen Bedingungen für die Erteilung der Approbation sind in der Bundesärzteordnung (BÄO) geregelt. Medizinerinnen und Mediziner aus EU-Ländern können in der Regel mit einer automatischen Anerkennung rechnen (Freizügigkeitsgesetz der EU, Richtlinie 2004/38/EG), den Sprachnachweis müssen sie aber auch erbringen.

Bei Ärztinnen und Ärzten, die aus Nicht-EU-Staaten kommen, wird von der zuständigen Behörde die Gleichwertigkeit der Berufsausbildung geprüft. Dies ist zum Beispiel prinzipiell nicht der Fall, wenn eine medizinische Ausbildung in den ehemaligen GUS-Staaten absolviert wurde. Zur vorübergehenden Ausübung der ärztlichen Tätigkeit kann eine Berufserlaubnis erteilt werden. Hierfür genügt es, wenn der ausländische Arzt über eine abgeschlossene ärztliche Ausbildung verfügt. Anders als zur Erlangung der Approbation muss die durchlaufene Ausbildung nicht gleichwertig mit einer bundesdeutschen Ausbildung sein (https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/arzt_aerztin.php).

Als sich die Gesundheitsminister der Länder im Sommer 2014 in Hamburg trafen, stand das Thema Nachweis und „Überprüfung der erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen" auf Punkt 7 der Tagesordnung. Die bisherige Praxis, dass der Nachweis von allgemeinen Sprachkenntnissen auf B2-Niveau nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) für die Erteilung einer Approbation oder einer Berufserlaubnis ausreichend sei, wurde von den meisten Akteuren in diesem Umfeld kritisiert und stand zurecht auf dem Prüfstand.

Man einigte sich auf ein Eckpunktepapier, in dem es heißt, dass „Personen, die in Deutschland in einem verkammerten akademischen Heilberuf tätig werden wollen, über ausreichende Kenntnisse sowohl der deutschen Umgangssprache als auch der medizinischen Fachsprache verfügen müssen" (Eckpunktepapier der GMK 2014, Internetquelle 4). Weiterhin wird in diesem Eckpunktepapier betont, dass von den arbeitswilligen ausländischen Ärztinnen und Ärzten künftig verpflichtend zwei Sprachtests erbracht werden sollten. Gedacht sei allgemeinsprachlich an B2 und fachsprachlich an C1.

Während es für den Nachweis allgemeinsprachlicher Sprachkompetenz im Bereich DaF/DaZ zwei

nach internationalen Standards zertifizierte Prüfungen gibt (Goethe B2/telc B2), wird in diesem Papier nicht genau definiert, nach welchem Standard die fachsprachliche Kompetenz C1 nachgewiesen werden muss. Obwohl die telc gGmbH, die als Mitglied der ALTE über eine langjährige Expertise in der Entwicklung und Durchführung standardisierter, valider Sprachprüfungen verfügt, im Jahr 2013 eine skalierte Fachsprachenprüfung telc Deutsch Medizin B2–C1 entwickelt hat, fand diese in dem Papier keine Erwähnung. Zwischenzeitlich haben die meisten Ärztekammern auf Länderebene eigene Fachsprachenprüfungen entwickelt, die sich – zumindest in Ansätzen – an der von der telc gGmbH konzipierten Prüfung orientieren. Nichtsdestotrotz habe sich die Sprachprüfung telc Medizin Deutsch B2–C1 als Abschlussprüfung in Sprachkursen für Medizinerinnen und Mediziner in den vergangenen Jahren etablieren können, sei es in Kombination mit der Fachsprachenprüfung oder für sich stehend, so Sibylle Plassmann, Leiterin der Testentwicklung der telc gGmbH. Ungeachtet politischer Diskussionen um Zulassungskriterien für internationale Ärztinnen und Ärzte leistet die telc-Prüfung einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung des Sprachnachweises.

3. Heterogenität der Zielgruppe

Auch wenn die Zielgruppe der zu Unterrichtenden aus ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten besteht, erweist sie sich in mehrerlei Hinsicht als heterogen. Das betrifft die Herkunftsländer, die Berufserfahrung und damit die Altersstruktur genauso wie die Zeit, die die Lernenden für den Sprachunterricht aufwenden können. Einige arbeiten bereits in Deutschland, andere nicht (vgl. Kapitel III, „Teilnehmertypologie“).

In einem Sprachkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte kann also ein Gynäkologe aus Syrien mit 20 Jahren Berufserfahrung neben einer jungen polnischen Kollegin sitzen, die gerade von der Uni kommt und in Deutschland als Assistenzärztin anfangen will. Der syrische Arzt bringt Kenntnisse über klinische Abläufe aus seinem Herkunftsland mit, jahrelange Erfahrung im Umgang mit Patienten, Kollegen und Angehörigen. Die polnische Kollegin aktuelles Uniwissen, souveränen Umgang mit neuen Medien, vielleicht etwas weniger praktische Klinikerfahrung. Auch die Sprachkenntnisse liegen nicht immer auf dem gleichen Niveau. Dennoch können organisatorische Zwänge (Zeit, Kosten, Teilnehmerzahl) es erfordern, dass beide in einem Kurs unterrichtet werden.

Verhältnismäßig homogen erweist sich diese Zielgruppe aber im Hinblick auf ihre Einstellung zum Lernen. Ärztinnen und Ärzte sind meist sehr lernerfahren, motiviert, gut gebildet und zielorientiert. Sie verfügen oft über ein hohes Maß an direkten und indirekten Strategien, um ihren Lernprozess erfolgreich zu gestalten.

So verschieden die Herkunftsländer, so unterschiedlich sind auch die kulturellen Hintergründe der Ärztinnen und Ärzte, wenn man von einem eng eingegrenzten Kulturbegriff nationaler Identität ausgeht. In jedem Fall ist vieles am deutschen Gesundheitssystem, an der Einstellung der Patienten zum Arzt, am Umgang im Berufsalltag mit Kolleginnen und Kollegen oder dem Pflegepersonal für die zugewanderten Ärztinnen und Ärzte anders, als sie das aus ihren Herkunftsländern gewohnt sind. Sie mit diesen Gegebenheiten vertraut zu machen und ihnen geeignete Instrumente und Informationsquellen an die Hand zu geben, damit sie in diesen, für sie ungewohnten professionellen und sozialen Kontexten erfolgreich und in befriedigender Weise sprechen und handeln können, muss ein wesentlicher Inhalt der Sprachkurse für medizinische Fachkräfte sein.

LITERATUR

Internetquelle 1: http://www.migazin.de/2016/01/27/schaetzung-jeder-fluechtling-deutschland-akademiker/ (letzter Aufruf am 7.5.2016)

Internetquelle 2: http://www.montgomery.de/position/archiv/?tx_ttnews[pointer]=2&cHash=64cc8e8564e0c437a2b3eea6946a45a4 (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Internetquelle 3: BÄK Ärztestatistik 2015, http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/ (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Internetquelle 4: Eckpunktepapier der GMK 2014 https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Dorothee Thommes

Kapitel I: Wie viel Sprache braucht der Arzt?



1. Deutschkenntnisse B2 oder C1?

Ein Drittel bis zur Hälfte der Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten entfällt auf Gespräche mit Patienten, Kollegen, Pflegepersonal und Angehörigen. Bedenkt man, dass 70 Prozent der richtigen Diagnosen nach dem Anamnesegespräch und 90 Prozent sogar nach der körperlichen Untersuchung plus Anamnesegespräch getroffen werden, wird deutlich, wie wesentlich die kommunikative Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte für eine für beide Seiten zufriedenstellende Kommunikation ist (Schweickhardt, Fritzsche 2009, IX).

An vielen deutschen Universitäten gehören Veranstaltungen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation mittlerweile zum Pflichtprogramm im Studium der Humanmedizin. Mit Schauspielern in der Patientenrolle üben die angehenden Ärztinnen und Ärzte, wie man ein Anamnesegespräch aufbaut und wie man durch empathisches, aktives Zuhören das Vertrauen des Patienten gewinnt und im gemeinsamen Interesse zu einer Diagnosefindung oder Therapieempfehlung kommt.

Dabei geht man heutzutage von einem partnerschaftlichen, patientenzentrierten Kommunikationsmodell aus. Arzt oder Ärztin sind nicht die allwissenden „Götter“ in Weiß, die das Gespräch dominieren. Die Erfahrungen und Meinungen des Patienten zu seinen Beschwerden oder zu seiner Erkrankung fließen maßgeblich in die Anamneseerhebung ein.

Aus diesen Überlegungen lässt sich schließen, warum ein Schwerpunkt des Sprachunterrichts in der Vermittlung kommunikativer Strategien liegen muss.

Meist reisen die ausländischen Medizinerinnen und Mediziner mit einem B2-Zertifikat der bekannten Sprachtestanbieter (Goethe, telc oder TestDaF) nach Deutschland ein. Wie in der Einleitung erwähnt, genügte dies in den letzten Jahren in den meisten Bundesländern als Sprachnachweis, um neben den anderen Voraussetzungen (vergleichbares Studium, Praxiszeiten, polizeiliches Führungszeugnis) eine Arbeit in einem deutschen Krankenhaus aufzunehmen.

Die GER-Stufen A1 bis C2 beschreiben Spektren der Sprachbeherrschung. Das obere Spektrum B2 in der Allgemeinsprache mag schon eine gute Voraussetzung sein, um weiter zu lernen, vielleicht auch, um ein Praktikum in einem Krankenhaus zu beginnen. Aber um eigenverantwortlich im Klinikalltag Entscheidungen zu treffen, sollten Fachsprachenkenntnisse und auch allgemeinsprachliche Kenntnisse auf C1-Niveau vorhanden sein. Das sehen die politisch Verantwortlichen mittlerweile genauso (vgl. BMK, Juni 2014, Internetquelle 1).

Der Nachweis B2 allgemein bedeutet darüber hinaus nicht zwingend, dass man das gesamte allgemeinsprachliche Spektrum dieser Niveaustufe in allen Fertigkeiten und Kriterien gleichermaßen beherrscht. Wenn man die Prüfung zum Beispiel am unteren Ende der Skala bestanden hat, wird den Teilnehmenden zwar ein B2-Niveau mit Punkteangabe bescheinigt. Akteuren der Fremdsprachendidaktik ist aber bewusst, dass diese Sprachlernenden noch einige Unterrichtseinheiten (UE) auf B2-Niveau absolvieren müssten, um den meisten Kann-Deskriptoren dieser Niveaustufe umfassend gerecht zu werden. Doch sowohl den Absolventen der B2-Prüfung, als auch manchen Entscheidern in den Berufsanerkennungsstellen ist dies nicht in der Tragweite bewusst.

Das bedeutet, dass zugewanderte Ärztinnen und Ärzte, die ein B2-Zertifikat vorweisen, nicht zwingend Sprachkompetenzen am oberen Spektrum B2 mitbringen und auf dem Sprung zu C1 stehen. Oft genug befinden sie sich am Beginn von B2 und benötigen noch einige UE, um ihre kommunikativen Kompetenzen in der Zielsprache auszubauen.

In Kurskonzepten für diese Zielgruppe sollte man von einer B2-Kompetenz der ausländischen Ärztinnen und Ärzte ausgehen, auf der aufbauend dann die fachsprachliche Diskurs- und lexematische Kompetenzvermittlung folgt.

Liegt die Zielgruppe hingegen noch im B1-Bereich, wird man in der Regel einen allgemeinsprachlichen Kurs vorschalten müssen, um das linguistische Instrumentarium der Sprachbeherrschung, wie Wortschatz, Aussprache, Syntax und Rechtschreibung zu festigen.

Dies bedeutet nicht, dass nicht auch schon auf dieser GER-Stufe mit der Vermittlung diskurssteuernder Redemittel begonnen werden sollte.

2. Die globalen Ziele

Da die Organisation, die Gruppengröße, die Kursdauer, die Zahl der Unterrichtseinheiten, das Einstiegsniveau der Teilnehmenden in Kursen mit der Zielgruppe ausländische Ärztinnen und Ärzte mitunter sehr stark variieren, können und sollen die folgenden Zielformulierungen nicht wie ein starres Kurskonzept gelesen werden. Ihr Nutzen soll vielmehr darin liegen, darzulegen, welche grundlegenden Inhalte, Sprechhandlungen, Fertigkeiten und Diskursstrategien vermittelt werden sollten, damit diese Zielgruppe in ihrem Beruf effizient und für alle Beteiligten zufriedenstellend agieren kann.

Kommunikative Kompetenzen

Den vorliegenden curricularen Überlegungen liegt die Definition der Kommunikativen Kompetenz (KK) von Canale und Swain (vgl. Canale, Swain 1980) zugrunde. Demzufolge setzt sich die Kommunikative Kompetenz aus vier Teilkompetenzen zusammen:

Linguistisches Inventar: Die Beherrschung von Wortschatz, Satzgrammatik, Wortbildungsregeln, Aussprache, Orthographie usw., also der Elemente des sprachlichen Codes.

Soziolinguistische Kompetenz: Verständnis und Produktion von Äußerungen in unterschiedlichen situativen und kulturellen Kontexten, wobei Faktoren wie der soziale Status der Gesprächsteilhaber, die Rollenverhältnisse zwischen ihnen, das Ziel der Interaktion und die Situationsangemessenheit der Äußerungen in Bedeutung und Form eine Rolle spielen. Hierin steckt der größte Teil der interkulturellen Kompetenz.

Diskurskompetenz: Inwieweit sind die Sprechenden in der Lage, in der Produktion und Rezeption gram-

matische Formen und Bedeutungen miteinander zu verbinden, damit Texte und Diskurse entstehen.

Strategische Kompetenz: Die Beherrschung derjenigen verbalen und non-verbalen Kommunikationsstrategien, die Sprecher verwenden, wenn die Kommunikation zwischen den am Gespräch Beteiligten zusammengebrochen ist, z. B. wegen mangelnder Kompetenz in einem der anderen drei Kompetenzgebiete.

Handlungsfelder und Szenarien

Erfolgreicher Sprachunterricht im berufsrelevanten Kontext kann nur gelingen, wenn klar ist, wann und mit wem zu welchem Zweck kommuniziert wird. Ärztliches Personal kommuniziert vereinfacht gesagt mit zwei verschiedenen Gruppen. Da sind zum einen das medizinische Personal, also Kollegen und das Pflegepersonal, und auf der anderen Seite Patienten sowie deren Angehörige.

Diese Sprachverwendungssituationen nach Gesprächsbeteiligten kann man auch als kommunikative Handlungsfelder klassifizieren (telc Rahmencurriculum 2014, S. 35).

Demnach kann man drei grundlegende Handlungsfelder im Arbeitsalltag von Ärztinnen und Ärzten benennen:

1. Arzt/Ärztin – Patient/Angehörige
2. Arzt/Ärztin – Arzt/Ärztin
3. Arzt/Ärztin – Pflegepersonal/Verwaltung

Innerhalb eines Handlungsfeldes realisieren die Gesprächsteilnehmer unterschiedliche *Szenarien.* Beispiel: **Handlungsfeld Arzt – Patient**. Ärztinnen und Ärzte führen mit Patienten Anamnesegespräche, Körperliche Untersuchungsgespräche, Aufklärungsgespräche, handlungsbegleitende Gespräche, Entlassungsgespräche. Diese unterschiedlichen Gesprächstypen werden auch als *Szenarien* bezeichnet.

Szenarien sind ähnliche und erwartbare Äußerungen und sprachliche Handlungen, die einen hohen Wiederholungsgrad haben. Diese Sprechhandlungen sind im Kontext ihrer Situierung logisch, sinnvoll und routinemäßig. (vgl. Zertifikat Deutsch 1999, S. 25ff.) Sie folgen häufig festgelegten Mustern, die man gut trainieren kann. Das bedeutet für den Sprachunterricht klare Vorgaben hinsichtlich der zu trainierenden Kompetenzen. Die Medizinerinnen und Mediziner müssen zum Beispiel lernen, wie man ein Anamnesegespräch führt, wie man mit den Patienten während der körperlichen Untersuchung spricht und wie man mit schwierigen Gesprächssituationen umgeht.

Bei der Beschreibung der globalen Lernziele für diese Kurse wird es also darum gehen, aufzuzeigen, in welchen Handlungsfeldern und Szenarien sich die Medizinerinnen und Mediziner im Beruf bewegen, welche typischen Gesprächssituationen sie bewältigen und welche Textsorten sie rezeptiv und produktiv beherrschen müssen.

Entsprechende Lehr- und Lernmaterialien stehen mittlerweile zur Verfügung (vgl. in diesem Kapitel, „Curricula und Materialien“).

Handlungsfeld: Arzt/Ärztin – Patient/Patientin
Szenario: Anamnesegespräch
Festgelegte Gesprächsmuster:

- Begrüßung und Beziehungsgestaltung
- Berücksichtigung der Atmosphäre (Setting/Sitzordnung)
- Patientenzentrierte Befunderhebung (Was für Beschwerden haben Sie?)
- Fragen nach der jetzigen Lebenssituation (Sozialanamnese)
- arztzentrierte Befunderhebung (Wie stark erleben Sie die Schmerzen auf einer Skala von 0 – 10?)
- körperliche Untersuchung (handlungsbegleitendes Sprechen: Atmen Sie tief ein und aus!)

Handlungsfeld: Arzt/Ärztin – Patient/ Patientin/Angehörige

Szenarien:

- soziale, vegetative etc. Anamnese (Gesprächsführung/Gesprächsstrategie)
- Körperliche Untersuchung (handlungsbegleitendes Sprechen)
- Apparatediagnostik (handlungsbegleitendes Sprechen)
- Patientenaufklärung (Sprechen/Diskursstrategien/Transfersprache)
- Überbringen von schweren/guten Nachrichten (Diskursstrategien)
- Diagnose mitteilen (Diskursstrategien)
- Behandlungsplan mit Patienten besprechen (Diskursstrategien)
- Gespräch mit Angehörigen (Diskursstrategien, Interkulturelles, Transfersprache)

Handlungsfeld: Arzt/Ärztin – Pflegepersonal/Verwaltung

Szenarien:

- Labordiagnostik (Formulare ausfüllen/versenden/Befunde erklären)
- Dokumentation Arztbrief, Patientenakte (Schreiben/Praxissprache)
- Dosierungsanweisungen

Handlungsfeld: Arzt/Ärztin – Arzt/Ärztin

Szenarien:

- Konsilanforderungen/Konsil schreiben (Praxissprache/Schreiben)
- Patientenvorstellung (Sprechen/Praxissprache)

Je nach Handlungsfeld müssen sich die Ärztinnen und Ärzte verschiedener Sprachregister bedienen, der Wissenschaftssprache, der Praxissprache und der Transfersprache. Diese drei Sprachregister werden im Abschnitt „Lexikalische Kompetenz" noch genauer voneinander abgegrenzt.

Aufbauend auf dem Szenariobegriff hat sich in den letzten Jahren eine Unterrichtsmethode entwickelt, die das systematische Training unterschiedlicher Szenarien zum Ziel hat. Im Gegensatz zum Rollenspiel besteht ein Szenario immer aus mehreren aufeinander aufbauenden Kommunikationssituationen, die anhand von situativen und rollenspezifischen Vorgaben im Unterricht trainiert werden können. Die Szenariomethode hat sich im berufssprachlichen Fremdsprachenunterricht als effektives Werkzeug gezeigt.

Eine sehr praxisorientierte Broschüre mit vielen Unterrichtsbeispielen zu dieser Szenariomethode haben Anne Sass und Gabriele Eilert Ebke vorgelegt (vgl. Internetquelle 2).

Transkulturelle Kompetenz

Im Zusammenhang mit dem Lehren und Lernen von Sprache scheint der kommunikative Ansatz, so legt es der Blick auf die Publikationen der letzten 15 Jahre zum Thema nahe, vom interkulturellen Ansatz abgelöst worden zu sein. Vereinfacht gesagt: Sprachvermittlung ist Kulturvermittlung, mit der Zielsprache eigne ich mir einen Teil der anderen Kultur an, und, ist der Unterricht auf Reflektion ausgerichtet, so setzen sich die Lernenden im besten Fall mit der eigenen und der fremden Kultur auseinander.

Interkulturelles Training findet folglich mit dem Ziel statt, sensibel zu werden gegenüber Eigenkulturellem und Fremdkulturellem, um besser miteinander kommunizieren zu können, einander zu verstehen und einander anzuerkennen. Doch so einfach scheint es nicht zu sein.

Diese Theorie, so kritisiert Welsch (Internetquelle 3) habe sich noch nicht von dem klassischen Kulturbegriff Herders (vgl. Herder 1784) gelöst, der Kulturen

mit Kugeln oder autonomen Inseln vergleicht, die jeweils dem territorialen Bereich und der sprachlichen Extension eines Volkes entsprechen.

Welsch sieht in diesem separatistischen Charakter von Kulturdefinition das Sekundärproblem der strukturellen Kommunikationsfähigkeit und schwierigen Koexistenz dieser Kulturen. Er hält die Empfehlungen der Interkulturalität für gut gemeint, aber für ergebnislos. Stattdessen plädiert er für das Konzept der Transkulturalität. Die heutigen Kulturen entsprechen nicht mehr den Vorstellungen geschlossener und einheitlicher Nationalkulturen. Sie sind durch eine Vielfalt möglicher Identitäten gekennzeichnet und haben grenzüberschreitende Konturen. Das Konzept der Transkulturalität beschreibt diese Veränderung.

Die Lebensformen der Menschen enden schon lange nicht mehr an den Grenzen der Nationalkulturen. Neben den Migrationsbewegungen weltweit, trägt dazu auch das Internet bei, das es den Menschen ermöglicht, zeitlich und räumlich unabhängig an verschiedenen Diskursen, Kulturen teilzuhaben.

Die Begegnungen von Ärzten, Ärztinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturkreisen gehören in wertpluralen Gesellschaften zum medizinischen Alltag. Kulturell geprägte Wertvorstellungen und Werthaltungen können in diesen Begegnungen zu einer unterschiedlichen Bestimmung der Schlüsselbegriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ führen, in deren Folge auch die Beurteilung von Krankheit, Leiden und Behandlungszielen unterschiedlich ausfallen kann (Ilkilic 2010, Internetquelle 4).

Neben den sprachlichen Barrieren im Arzt-Patientengespräch, die auf beiden Seiten bestehen können, gibt es also auch kulturspezifische Barrieren, die das Ärztin-Patientin-Verhältnis und damit den Behandlungserfolg behindern können. Wie oben skizziert, lassen sich kulturelle Identitäten aber nicht mehr in einfachen Schwarz-Weiß-Dimensionen beschreiben, sondern treten in vielschichtiger Form auf.

In Deutschland leben im Jahr 2016 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Sie arbeiten hier, gehen zur Schule, betätigen sich in Vereinen, engagieren sich ehrenamtlich, sind künstlerisch tätig. 30 bis 50 Prozent der Patienten auf den Krankenstationen haben einen Migrationshintergrund.

Die Begrifflichkeit Migrationshintergrund als soziales Merkmal beschreibt demnach Personen, die selbst oder deren Vorfahren aus einem anderen Staat eingewandert sind, oder soziale Gruppen oder Gemeinschaften, die aus eingewanderten Personen oder deren Nachkommen bestehen. Diese weit gefasste Definition deutet bereits an, dass nationalkulturelle Zuweisungen zur Benennung kultureller Identität viel zu kurz greifen.

Beispiel

Eine junge Patientin (Pädagogin) aus Köln, Sarah Jildiz* (*der Name ist erfunden) deren Vater (Beruf: Fernmeldetechniker) ein Kind türkischer Eltern der ersten Generation ist und deren Mutter (Beruf: Fremdsprachenkorrespondentin) aus Polen stammt, die in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts mit 19 Jahren zum Studium nach Deutschland gekommen ist.

Sie ist in Deutschland aufgewachsen, hat das deutsche Schulsystem absolviert, spricht Deutsch und Polnisch fließend. Mit ihren türkischen Großeltern spricht sie Deutsch, versteht aber so viel Türkisch, dass sie die wesentlichen Inhalte von Gesprächen versteht, in denen nur Türkisch gesprochen wird. Sie trifft sich regelmäßig mit ihren Cousins und Cousinen aus Krakau. Getauft ist sie katholisch, würde sich selbst nach ihrem Glauben gefragt aber als Agnostikerin bezeichnen. Sie war noch nie krank, und von ihrer türkischen Großmutter, die Muslima ist, hat sie oft gehört, dass Krankheiten entweder als Prüfung Gottes oder als Gnadenerweis und Sündenvergebung angesehen werden. Sie kann mit diesen Wertvorstellungen aber nichts anfangen.

Von welcher kulturellen Prägung der jungen Frau würde man beim interkulturellen Ansatz ausgehen? Wie sind ihre Weltanschauungen? Muslimisch? Katholisch? Polnisch? Türkisch? Deutsch? Und wie geht ein behandelnder Arzt, eine behandelnde Ärztin mit ihr um? Allein schon ihr Name und ihre äußere Erscheinung lassen auf ihren türkischen Migrationshintergrund schließen. Gibt nun der behandelnde Arzt ihr nicht die Hand, da er weiß, dass in der muslimischen Welt der Körperkontakt (hier: Händedruck) zwischen nicht verheirateten oder nicht verwandten Männern und Frauen als Intimitätsverletzung wahrgenommen werden? Sarah Yildiz wäre wohl mehr als nur erstaunt, wenn sie dann auch noch gefragt würde, ob ihr Vater oder ihre Mutter bei der Untersuchung dabei sein wollten.

Transkultureller Kompetenz ist gegeben, wenn ihr behandelnder Arzt sich bewusst ist, dass es sehr viele Varietäten im Umgang mit Körperlichkeit sowohl bei Musliminnen als auch bei Muslimen gibt. Dass ein türkischer Name nicht automatisch die gesamte Palette an Stereotypien beinhaltet. Um bei dem Beispiel oben zu bleiben: Nur, weil die junge Patientin einen türkischen Vater hat, muss sie nicht zwingend traditionelle muslimische Denkmuster und Verhaltensweisen im Umgang mit Scham oder Körperlichkeit aufbieten.

Transkulturelle Kompetenz lässt sich mit Domenig als die Fähigkeit definieren, individuelle Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturelle Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten, vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen und nehmen vor allem auch eine vorurteilsfreie bzw. Vorurteile reflektierende Haltung gegenüber Migrantinnen und Migranten ein (Domenig 2003, S. 95).

Auch die zugewanderten Ärztinnen und Ärzte tauchen in die so beschriebene gesellschaftliche Transkulturalität ein. Es wird auf die Fähigkeit des Einzelnen ankommen, die individuelle Transkulturalität anzunehmen und sich so der gesellschaftlichen Transkulturalität zu stellen. Diesen Prozess zu begleiten und mit vielfältigen Informationen und Angeboten zu unterstützen, die eine kontinuierliche Selbstreflektion hinsichtlich kultureller Einstellungen fördert, muss ein Ziel in Sprachkursen für ausländische Ärztinnen und Ärzte sein.

Linguistische Kompetenz

Linguistische Kompetenz wird definiert als Kenntnis der formalen Mittel einer Sprache, aus denen wohlgeformte, sinnvolle Miteilungen zusammengesetzt und formuliert werden können, und als die Fähigkeit, diese Mittel auch zu verwenden (GER 2001, S. 110). Nicht die Kenntnis über die zur Auswahl stehenden Mittel macht die Sprachbeherrschung aus, sondern die Fähigkeit, sie auch adäquat einzusetzen. Zu wissen, dass es in einer Patientenvorstellung üblich ist, Redewiedergaben im Konjunktiv I zu realisieren, genügt nicht. Die Anwendung muss glücken.

Die linguistischen Kompetenzen werden im GER folgendermaßen systematisiert (GER 2001, S. 110 ff):

- Lexikalische Kompetenz
- Grammatische Kompetenz
- Semantische Kompetenz
- Phonologische Kompetenz

In Anlehnung an diese Systematisierung werden im Folgenden diese Kompetenzen für die medizinische Fachsprache skizziert.

Lexikalische Kompetenz

Wie oben dargelegt, bewegen sich die Ärztinnen und Ärzte im beruflichen Alltag in unterschiedlichen Handlungsfeldern und Szenarien. Hier werden je nach Gesprächssituation und Textsorte unterschiedliche semiotische und sprachliche Merkmale wirksam.

In Anlehnung an das vertikale Fachsprachenmodell von Walther von Hahn (ebd. 1983, S. 76–83) ist es hilfreich, im medizinischen Bereich von einer Trias der Sprachen auszugehen:

- Wissenschaftssprache
- Praxissprache
- Transfersprache

Die *Wissenschaftssprache* wäre hier als die Sprache zu verstehen, die auf Kongressen, in Fachtexten und Fachliteratur, zu finden ist. Sie ist gekennzeichnet durch fachsprachliche Lexematik, die nur von Mitgliedern dieser Fachgruppe benutzt und verstanden wird. Speziell in den Leitlinien, die von den Fachgesellschaften herausgegeben werden und die regelmäßig von Medizinerinnen und Medizinern gelesen werden müssen, findet sich ein großer Anteil Wissenschaftssprache. Ebenso juristische Texte, die in vielen Bereichen der Medizin eine wichtige Rolle spielen.

Die *Praxissprache* ist die Sprache in der Kommunikation mit Kollegen, dem Pflegepersonal, der Krankenhausverwaltung, Krankenkassen u. a. im beruflichen Alltag. *Berufs – und Praxissprache* ist charakterisiert durch berufsbezogenen Wortschatz.

Beispiel: *Haben Sie den Knietisch fertig gemacht? Wie viele Punkte stehen heute auf dem Programm? Lassen Sie bitte drei Konserven 0 negativ zurückstellen!*

Die *Transfersprache* bezeichnet die Sprache, die sicherlich die meisten allgemeinsprachlichen Merkmale aufweist, die für die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte dennoch oft eine anspruchsvolle kommunikative Leistung ist. Hier werden medizinische Sachverhalte mit Laien, in der Mehrzahl Patientinnen und Patienten, aber auch mit Angehörigen besprochen. Die kommunikative Leistung besteht also darin, Fachterminologie in allgemeinverständliche Sprache umzuwandeln. Ebenso denkbar ist, dass das medizinische Fachpersonal Personen in der Ausbildung bestimmte Sachverhalte erläutern muss. Das heißt, dass auch ein umgekehrter Transfer stattfinden kann.

Die Alltagssprache oder Umgangssprache bildet immer die größte Schnittmenge innerhalb einer Sprachgemeinschaft. Hier, der Sprachgemeinschaft des Deutschen. Nun liegt aber im medizinischen Bereich das Spezifikum vor, dass Ärztinnen und Ärzte sehr oft komplexe Sachverhalte patienten- und angehörigengerecht „übersetzen" müssen. Sie müssen sich einer Transfersprache bedienen. Ein Gesprächsziel, an dem auch L1-Sprecherinnen und -Sprecher bisweilen scheitern.

Je nach Gesprächspartner sollte der ausländische Arzt/die ausländische Ärztin aus einer Palette Redemittel dasjenige auswählen können, das für die entsprechende Gesprächssituation adäquat ist. Er oder sie muss also in der Lage sein, aus einem vorhandenen Wortschatzspektrum das jeweils für eine Gesprächssituation passende auszuwählen und einzusetzen. Erst dann kann von Wortschatzbeherrschung gesprochen werden. Diese Souveränität zu erlangen, wird eines der ganz zentralen Lernziele in Sprachkursen für Medizinerinnen und Mediziner sein. Und genau diese Kompetenz, nämlich je nach Gesprächssituation flexibel und wirkungsvoll, den passenden Ton zu treffen, die richtigen Worte zu finden, kennzeichnen das Sprachniveau C1 (GER).

Fachsprachliche Lexik

Die Fachsprachenforschung hatte bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts vorwiegend die Lexik im Blick, sodass häufig Fachwortschatz und Fachsprache gleichgesetzt wurden (vgl. auch Roelcke 2010, S. 55–77).

Das hatte Folgen für den fremdsprachlichen Fachsprachenunterricht, der sich nicht selten auf eine reine Vermittlung der Fachsprachenlexik beschränkte. Der medizinische Fachwortschatz umfasst mehr als 500.000 Einträge, die sich in Bezeichnungen für Körperfunktionen, Körperteile, Krankheitsbilder, Diagnoseverfahren, Heilverfahren u.a. unterteilen lassen. Ein umfangreicher Teil der deutschen Fachsprache für Medizin ist in starkem Maße von lateinisch-griechischen Ausdrücken geprägt, aber in den letzten Jahrzehnten kommen zunehmend auch Anglizismen hinzu. Häufig bestehen die Bezeichnungen nebeneinander.

Im Hinblick auf die Bezeichnung von Körperteilen sind international rund 10.000 Bezeichnungen lateinischer und griechischer Provenienz eingeführt (so zum Beispiel Erythrozyten, Musculus biceps brachii etc.); hinzu kommt eine hohe Zahl an synonymen deutschsprachigen Fachwörtern: z.B. rote Blutkörperchen, Wurmfortsatz (Roelcke 2010, S. 58).

Den zugewanderten Ärztinnen und Ärzten sind im Rahmen ihrer Ausbildung die gängigen internationalen Fachwörter, besonders die lateinischer und griechischer Provenienz geläufig. Sie müssen nicht neu eingeführt werden. Hier kann es aber ein Lernziel sein, diese phonetisch zu trainieren, sodass sie im deutschsprachigen Umfeld verstanden werden, und ggf. die deutsche Bezeichnung zu lernen.

Im Deutschen finden wir außerdem noch die Besonderheit vor, dass es für viele Erkrankungen allgemeinsprachliche Bezeichnungen gibt, die z.B. im angelsächsischen Bereich ganz selbstverständlich nur in ihrer lateinischen oder griechischen Form existieren und demnach auch von Patienten und Angehörigen dort problemlos verstanden werden. (Appendizitis – Blinddarmentzündung, Schwindsucht – Tuberkulose). Vielen deutschsprachigen Patienten dürfte hingegen eher die deutsche Bezeichnung geläufig sein.

Bestimmte Krankheitsbezeichnungen werden aufgrund ihrer diskriminierenden Konnotation kaum noch benutzt (früher: Mongoloismus – heute Trisomie 21; früher: Wolfsrachen – heute: Lippen-Kiefer-Gaumenspalte) und durch politisch korrekte, neutrale Bezeichnungen ersetzt.

Auf diese Besonderheiten hinzuweisen, sollte ein Lernziel im Fachsprachenunterricht sein. Was ein Sprachkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte nicht leisten kann und soll, ist, den umfangreichen oben benannten Fachwortschatz in Gänze zu unterrichten oder einzuführen. Zielführend wäre es, auf

die gängige Terminologie in der klinischen Praxis und auf spezifische deutschsprachige Besonderheiten einzugehen. Dazu gehört auch die umfassende Lexik der Schmerzbeschreibung, besonders aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten („Das ziept so !").

Allerdings wird es wohl für den Anfang ausreichend sein, wenn die Lernenden diese umgangssprachlichen Begriffe zunächst einmal in ihren Verstehenswortschatz integrieren. Schatz unterscheidet hier den Verstehenswortschatz als den, der rezeptiv verstanden, aber noch nicht oder nicht produktiv eingesetzt wird, vom Mitteilungswortschatz, der zum aktiven Gebrauch zur Verfügung steht (Schatz 2006, S. 57).

Grammatische Kompetenz, Fachsprachliche Syntax

Grammatische Besonderheiten deutscher Fachsprachen finden sich sowohl im Bereich der Wortbildungs- und Flexionsmorphologie, als auch im Bereich der Syntax. Diese Besonderheiten sind allerdings keine eigenen morphologischen Kategorien und syntaktischen Regeln. Es ist vielmehr die Häufung bestimmter syntaktischer Strukturen, die Fachsprachlichkeit charakterisiert (Roelcke 2010, S. 79 u. 89).

Vereinfacht ausgedrückt: Fachsprachliche Syntax zeigt sich auf der Ebene der Quantität und nicht auf jener der Qualität. So findet sich beispielsweise im Medizinbereich eine Dominanz an Aufforderungssätzen. In Protokollen, Arztbriefen oder bei Patientenvorstellungen tauchen die Strukturen des Konjunktiv I und das Passiv gehäuft auf. Erstere, um Aussagen anderer wiederzugeben, und letzterer, um den Anonymisierungsgrad zu erhöhen.

Auf dem fortgeschrittenen Niveau B2 ist davon auszugehen, dass die grundlegenden Strukturen der Grammatik gelernt und gefestigt sind. Das bedeutet für den Fachsprachenunterricht nach dem oben Gesagten, dass keine neuen oder anderen Strukturen trainiert werden müssen, sondern, dass diejenigen Strukturen, die im medizinischen Alltag vermehrt auftauchen, auch verstärkt eingeschleift und gefestigt werden sollten. Dies gilt natürlich nur, wenn die Zielgruppe bereits mit B2-Niveau einsteigt. Liegt das GER-Niveau der Kursteilnehmenden darunter, wird zunächst eine generelle Unterrichtung der gängigen Strukturen erfolgen.

Die Vermittlung der Grammatik sollte sich nach ihrem funktionalen Nutzen in der jeweiligen Sprachhandlung bzw. im Szenario richten.

Szenario: Körperliche Untersuchung – Hier wird die Ärztin/der Arzt den Patienten häufig auffordern müssen, etwas zu tun. „Bitte atmen Sie jetzt tief ein und aus!" Die sichere Anwendung von Strukturen, die Aufforderungscharakter haben, kann ein Lernziel sein.

Szenario: Patientenvorstellung – Bei der Wiedergabe von Patientenangaben ist der Konjunktiv I gefordert: „Die Patientin gibt an, sie sei von ihrem Angreifer an den Haaren gezogen worden."

Textsorte Arztbrief: Es wird dargestellt, welche Diagnose, Therapie etc. an einem Patienten, an einer Patienten vorgenommen wurde. Nicht wer etwas getan hat, steht im Vordergrund, sondern, was getan wurde. Hier ist die sichere Anwendung von Passivformen ein Lernziel.

Grundsätzlich verfolgt die Vermittlung der Strukturen keinen Selbstzweck, sondern ist in alltagstaugliche und berufsrelevante Kontexte eingebettet, die es den Lernenden erleichtert, den Nutzen einer grammatischen Struktur zu erkennen.

Fachsprachliche Textsorten

Typische Textsorten (hier ist Textsorte nicht im allumfassenden linguistischen Kontext als jedwede Form produzierter Sprache aufgefasst, sondern im allgemeinsprachlichen Kontext als geschriebene Texte) im Krankenhaus und Praxisalltag sind Patientendokumentationen, Arztbriefe/Entlassungsbriefe und eine Vielzahl an Formularen wie Anforderungsformulare, Konsile oder Laboranforderungen.

Der Arztbrief stellt eine standardisierte Textsorte vor, die von Krankenhaus zu Krankenhaus oder von individuellem Arzt, ja auch innerhalb der Fächer stark variieren kann. Der Arztbrief, synonym oft auch als Epikrise oder Befundbericht bezeichnet, ist das Transferdokument der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten. Gemeinsam ist allen Arztbriefen, dass sie kurz und prägnant über einen Patienten, die Diagnose, den Behandlungsverlauf, die Laborwerte usw. berichten, damit weiter behandelnde oder zuweisende Ärztinnen und Ärzte über die relevanten Informationen verfügen, um die weitere medizinische Versorgung des Patienten zu gewährleisten.

Einen orthografisch korrekten, logisch aufgebauten Arztbrief schreiben zu können, gehört zu den Kernkompetenzen praktizierender Ärztinnen und Ärzte. Somit sollte ein Schwerpunkt auf der Ausarbeitung und Erreichung dieser Kompetenz in den Sprachkursen liegen.

In berufsbegleitenden Sprachkursen sind die Lernenden als Experten ihres Faches zu sehen. Sie aktiv in die Unterrichtsgestaltung und Materialbeschaffung miteinzubeziehen, sollte für die Kursleitenden selbstverständlich sein. Entsprechend anonymisiert könnten die Lernenden authentische Arztbriefe mitbringen. Aufgabe der Kursleitenden wäre es dann, dieses Material entsprechend zu didaktisieren und für den Unterricht anzupassen.

Phonologische Kompetenz

In den meisten medizinischen Fachgebieten entfällt mindestens ein Drittel bis über die Hälfte der Arbeitszeit eines Arztes auf das Gespräch mit dem Patienten, seinen Angehörigen, den ärztlichen Kollegen, dem Pflegepersonal oder den Mitarbeitern der Arztpraxis (Schweickhardt, Fritzsche 2009, S. IX). Das bedeutet, dass die in diesem Beruf Tätigen sehr viel Zeit mit dem Dekodieren gesprochener Sprache in ihren unterschiedlichsten Ausprägungen verbringen. Beim Prozess des Hörens beispielsweise lassen sich vier Stufen beschreiben (vgl. GER 2001, S. 93):

- eine Äußerung wahrnehmen (auditive phonetische Fertigkeit)
- die sprachliche Mitteilung als solche identifizieren (linguistische Fertigkeit)
- die Mitteilung verstehen können (semantische Fertigkeiten)
- die Mitteilung interpretieren können (kognitive Fertigkeiten)

Im GER findet sich für die Beschreibung der phonologischen Kompetenz auf der Stufe C2 kein eigener Kann-Deskriptor. Es gilt die Kann-Beschreibung von C1: *Kann die Intonation variieren und so betonen, dass Bedeutungsnuancen zum Ausdruck kommen.* (GER 2001, S. 117) Bei B2 findet sich der Kann-Deskriptor: *Hat eine klare, natürliche Aussprache und Intonation gewonnen.* (GER 2001, S. 117)

Die Kann-Deskriptoren bauen aufeinander auf. Auch wenn Deskriptoren der unteren Niveaustufen nicht mitbenannt werden, so sind sie doch in der nächsthöheren Stufe mit eingebunden. Im Idealfall können also die ausländischen Ärztinnen und Ärzte, wenn sie ein C1-Niveau in dieser Kompetenz erreicht haben, nicht nur klar und, einem erwachsenen Lerner entsprechend, natürlich sprechen, sondern sie können auch ihre Intonation, Prosodie, Tonlage variieren und den individuellen Gesprächskontexten anpassen, sodass dies wirksam ist.

Jedoch ist bekannt, dass es für erwachsene Sprachlernende ein schwer zu erreichendes Ziel ist, eine L2- oder L3-Sprache nahezu akzentfrei zu erwerben. Auf eine detaillierte Darstellung der mitunter umstrittenen Critical Period Hypothesis CPH von Lenneberg (1967) wird hier verzichtet.

Das Training phonetischer Kompetenz vereint rezeptives und produktives Training gleichermaßen. Die deutsche Sprache mit ihren vielen regionalen phonetischen Idiomen verlangt den nicht L1-Sprechenden des Deutschen – und nicht nur ihnen – eine hohe Rezeptionsleistung in Bezug auf phonetische Varianz ab. So sollte wenigstens ein Teil des Aussprache- respektive Hörtrainings auf die jeweils regionalen Idiome verwendet werden. Auf der produktiven Ebene ist es wichtig, an Intonation und Prosodie zu arbeiten, da gerade das emphatische Sprechen von diesen Elementen lebt.

Die Bandbreite des stimmlichen Einsatzes an einem ganz normalen Arbeitstag für eine Ärztin/einen Arzt ist groß. Sie reicht vom lockeren Smalltalk mit Kollegen bei Dienstbeginn und kurzen, vielleicht auch lautstarken Anweisungen in einer Notfallsituation bis hin zu ruhigeren, sonoren Sprecheinheiten bei schwierigen Gesprächen mit Patienten oder Angehörigen. Aber auch das vortragende Sprechen bei Kongressen muss trainiert werden.

Geeignete Medien, um diese Fertigkeit zu trainieren, sind: CDs, Podcasts, Audiodateien MP3, Videos (Youtube), Chats. Trainiert werden kann diese produktive Kompetenz auch in Rollenspielen, Telefonaten, aber auch in Diskussionsrunden. Die Bedeutung des Aussprache- und Hörtrainings in diesen Kursen kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Orthographische Kompetenz

Korrekt schreiben zu können ist kein Wert an sich. Ein möglichst fehlerfrei geschriebenes Dokument erleichtert allerdings das Verständnis des Adres-

saten, der das Dokument vor sich liegen hat. Und die Beherrschung der Orthographie gilt auch heute noch als Zeichen für schulischen und beruflichen Erfolg. Arztbriefe, die vor Rechtschreibfehlern strotzen, dienen häufig erst eigentlich als Anlass, warum Abteilungsleitende den dringenden Bedarf sehen, dass die betreffenden Kolleginnen oder Kollegen einen berufsbegleitenden Sprachkurs besuchen sollen. Der Arztbrief ist die Visitenkarte einer Abteilung, eines Arztes oder einer Ärztin.

Also wird auch die Orthographieschulung eines der Lernziele dieser Sprachkurse sein. Geeignete Methoden sind Diktate, Aktivitäten zur Selbstkorrektur, kooperatives Schreiben mit Korrektur der Kursteilnehmenden untereinander. Auch der Einsatz von modellhaft korrekt geschriebenen Arztbriefen als Lesematerial ist sicherlich hilfreich. Mit authentischen Arztbriefen zu arbeiten könnte datenschutzrechtlich problematisch werden. Aber die Orthographieschulung lässt sich ebenso gut an allen anderen Texten aus dem klinischen Alltag trainieren: Leitlinien, Dosierungsanleitungen, Protokollen, Veröffentlichungen aus Fachzeitschriften (Ärzteblatt u. a.)

Soziolinguistische Kompetenz

Unter soziolinguistischer Kompetenz lässt sich der Grad der Fähigkeit Sprachverwendender beschreiben, in Szenarien und Handlungsfeldern bestimmte Höflichkeitsregeln im Umgang anzuwenden sowie Normen, die die Beziehungen zwischen den Generationen, Geschlechtern, sozialen Schichten und Gruppen regeln, in adäquate Sprache umzusetzen.

Dabei wird das gesamte linguistische Inventar wirksam. Um hier eine hohe Kompetenz zu erreichen, benötigen die Lernenden Kenntnisse über Konventionen bezüglich der Anrede- und Begrüßungsformeln (*Herr* plus *Nachname*, *Frau Kollegin*, *Schwester* plus *Vorname* etc.).

So ist es zum Beispiel üblich, dass weibliches Pflegepersonal hierzulande immer noch mit Schwester X angesprochen wird. Vom ärztlichen Personal, wie von den Patienten. Auch wenn mittlerweile in fast allen Textsorten vom geschlechtsneutralen Pflegepersonal die Rede ist, hat sich die neuere Bezeichnung Pfleger/Pflegerin nur in ihrer maskulinen Form als Pfleger X durchgesetzt.

Soziolinguistische Kompetenz im professionellen Kontext kann sich natürlich nur aus allgemeinsprachlicher Sprachkompetenz entwickeln. Hier kann es hilfreich sein, gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten zu eruieren, welche sozialen Register auf ihren Stationen üblich sind. Eine anschließende Reflektion darüber, ob es Ähnlichkeiten oder Unterschiede in ihren Herkunftsländern gibt, kann einen kultursensiblen Denkansatz initiieren. Dieser Aspekt wurde im Abschnitt „Transkulturelle Kompetenz" detaillierter beschrieben. Soziolinguistische Kompetenz und transkulturelle Kompetenz sind eng miteinander verwoben.

Das heißt, dass die Zielgruppe der ausländischen Ärztinnen und Ärzte neben Lexik, Syntax, Aussprache oder pragmatischen Aspekten des Deutschen auch Diskursstrategien trainieren und in patientenorientierter Gesprächsführung ausgebildet werden müssen. Das kann nicht in chronologischem Nacheinander geschehen, sondern sollte in den Sprachkursen für medizinische Berufe als integrativer Bestandteil von Beginn an Unterrichtsstoff sein.

Demzufolge sollte ein Schwerpunkt der Sprachkurse die Erweiterung dieser Kompetenz in den Blick nehmen. Um soziolinguistisch kompetent zu sein, ist es nützlich, souverän über einige kommunikative Strategien zu verfügen.

Das Feld sprachlicher Strategien ist sehr komplex und weit angelegt. Die hier vorgestellten Strategien dienen der Veranschaulichung und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie gehören aber zur kommunikativen Grundausstattung an Strategien, über die tätige Ärztinnen und Ärzte verfügen sollten.

Diskurskompetenz

Um Diskurskompetenz zu entwickeln, benötigt man entsprechende Diskursstrategien, also sprachliche Techniken, um Gespräche zu eröffnen, zu strukturieren und zu beenden. Für den Bereich des medizinischen Alltags wäre als Beispiel das Anamnesegespräch zu nennen.

Beispiel Anamnesegespräch

ein Anamnesegespräch gliedern:

- Einleiten (sich vorstellen, eine Beziehung zum Patienten aufbauen), z. B. *„Darf ich mich vorstellen, ich bin Dr. Firnrohr, der diensthabende Assistenzarzt … Und Sie sind Frau Molkemeier, nicht wahr ! … Was führt Sie zu mir?"*
- Strukturieren (Aussagen einleiten, unterbrechen, anzeigen, dass man weiterreden möchte, eine Äußerung beenden), z. B. *„Ich werde Sie zunächst einmal untersuchen, … Moment, ich bin noch nicht fertig mit meinen Ausführungen."*

Interaktive Strategien:

- z.B. Hörersignale geben: *„Hmmmm, ich verstehe ! Ach so, klar ! …"*

Kooperative Strategien:

- die eigene Sprache vereinfachen, z.B. *„Das ist ein bildgebendes Verfahren."*
- etwas wiederholen
- einzelne Wörter oder Begriffe umschreiben, z.B. *„Also das ist wie ein …"*
- schwierige Wörter buchstabieren
- Hilfestellung beim Formulieren, z.B. *„Meinen Sie vielleicht …?"*

Daraus folgt, dass den Teilnehmenden in den Sprachkursen entsprechende Redemittel an die Hand gegeben werden sollten, mit Hilfe derer sie diese diskurssteuernden Strategien realisieren können.

Aktives Zuhören

Wie schon eingangs erwähnt, gehört das Kommunikationstraining Arzt/Ärztin-Patient/Patientin mittlerweile zur Grundausbildung der Medizinstudenten in Deutschland. Es ist naheliegend, dass gerade in Sprachkursen für die Klientel der ausländischen Ärztinnen und Ärzte diese Art der patientenorientierten Kommunikation einen großen Teil des Unterrichts einnehmen sollte. Schweickhardt und Fritzsche widmen sich ausführlich der Technik des aktiven Zuhörens (vgl. ebd. 2009).

Die Autoren betonen, dass es beim aktiven Zuhören besonders um das Attribut aktiv gehe. Aktiv ist der Arzt vor allem deshalb, weil er aus dem Gesprochenen des Patienten übersetzen muss, was Anliegen und Themen des Patienten sind. Dies stellt eine interpretative Leistung dar, die viel Expertise, hohe Konzentration und Wachsamkeit erfordert und die in Alltagsgesprächen kaum gefordert wird (Schweikardt, Fritsche 2009, S. 42).

Um wie viel schwieriger ist es da für diejenigen, deren L1-Sprache nicht das Deutsche ist, hier diese interpretatorische Leistung zu erbringen. Die wichtigsten Techniken des aktiven Zuhörens sind:

- Ausreden lassen
- Offene Fragen stellen
- Nachfragen
- Abwägen
- Pausen machen
- Ermutigen zur Weiterrede
- Paraphrasieren (Wiederholen und Zusammenfassen des Gesagten)
- Spiegeln von Emotionen

So kann ein regelmäßiges Einüben dieser Techniken ein wichtiger Unterrichtsgegenstand sein.

Kompensationsstrategien

Fraglos ist es in jedem Beruf, bei dem Kommunikation eine Rolle spielt, wichtig, die Zielsprache so gut es irgend geht zu beherrschen. Im klinischen Alltag und in der Arztpraxis stellt die Beherrschung

der Zielsprache auf hohem Niveau eine grundlegende Voraussetzung dar, um Missverständnisse zu vermeiden, die zum Schaden eines Patienten führen können. Es kann trotz bestandener C1-Prüfung und bestem Sprachkurs immer mal wieder zu Situationen kommen, die Missverständnisse auslösen. Dann ist es hilfreich und zielführend, wenn die Ärztinnen und Ärzte über kommunikative Strategien (Kompensationsstrategien) verfügen, die ihnen bei der Bewältigung einer unklaren Situation helfen.

Es ist also sinnvoll, im Unterricht folgende Strategien zu trainieren:

- Nachfragen, wenn man etwas nicht richtig verstanden hat
- das Gesagte wiederholen, zum Zwecke der Verständnissicherung
- Begriffe umschreiben, wenn das konkrete Wort fehlt
- Vermeidungsstrategien
- thematisieren, dass man als Nicht-L1-Sprecher des Deutschen noch nicht ALLES versteht

Effizientes sprachliches Reagieren in Akutsituationen (Notfälle)

Wenn es um Menschenleben geht, muss es schnell gehen. Jeder Handgriff muss sitzen, die Anweisungen an die Rettungskräfte oder das Pflegepersonal müssen klar und gut verständlich formuliert sein. Das weitere Vorgehen in Akutsituationen muss unmissverständlich kommuniziert werden. In derartigen Situationen, wie auch im Operationssaal finden sich viele elliptische, sehr knappe Aussagen, Anweisungen oder Kommentare. Auch diese Form des Sprechens und Verstehens muss geübt werden und hat seinen Platz im Sprachtraining für ausländische Ärztinnen und Ärzte.

Rollenspiele, Videoclips können geeignetes Unterrichtsmaterial sein.

Handlungsbegleitendes Sprechen

Ärztinnen und Ärzte legen im Wortsinne Hand an die Patienten. Gleichzeitig begleiten sie das, was sie tun, mit Sprache, um ihren Patienten Ängste zu nehmen, aber auch, um den Patienten ganz konkret Anweisungen zu geben. Da die körperliche Untersuchung für den oder die Patienten/Patientin einen Eingriff in ihre Intimsphäre darstellt, ist es wichtig und auch gängige Praxis, dass der Arzt oder die Ärztin hier die einzelnen Untersuchungsschritte erklärt und auch sagt, was er sieht oder fühlt.

„Ich werde jetzt Ihren Unterbauch abtasten!" „Das fühlt sich ein wenig hart an!"

Oder bei einer Sonographie/Ultraschalluntersuchung: *„Ich werde jetzt etwas Gel auf ihren Brustkorb auftragen. Das wird vielleicht etwas kalt."*

Jedem Deutschdozenten, jeder Deutschdozentin springt natürlich hier sofort die Futur I-Struktur ins Auge, die im alltagssprachlichen Deutsch nicht so häufig benutzt wird, da im Deutschen Zukünftiges eher im Präsens mit der dazu passenden temporalen Angabe realisiert wird: *„Ich fahre morgen nach München!"*

Für die ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist es wichtig zu lernen, dass sie die Patienten während einer körperlichen Untersuchung darüber informieren müssen, was sie gerade tun bzw. was sie gleich zu tun gedenken. Das bedeutet, die Sprachfunktion steht hier im Fokus, nicht die grammatische Struktur. Diese ist nur Mittel zum Zweck.

Genau das ist der kommunikative Ansatz, der dem GER zugrunde liegt und der sich in den letzten Jahren im modernen Fremdsprachenunterricht etabliert hat. Wenn also der tätige Arzt weiß, wie wichtig es für die Patienten ist, dass er seine Untersuchungsschritte mit deskriptiven Redemitteln begleitet, damit die Situation entspannter ist und dem Patienten Ängste oder schamhafte Gefühle genommen werden, dann wird es ihm umso leichter fallen, die dazu benötigte grammatische Struktur zu internalisieren.

Kooperative Kompetenz

Partikeln und im weiteren Sinne gesprächssteuernde Floskeln wie: *eigentlich, doch, Schauen Sie mal, wohl etwa, schon, Um auf Ihre Frage zu kommen, Wie wäre es, …* u.a. sind die „Schmiermittel eines Diskurses". Ihre semantische Bedeutung ist relativ unwichtig, ihre pragmatisch kontextuelle Bedeutung dagegen sehr bedeutend (vgl. auch die Prüfung telc Deutsch Medizin B2–C1, Sprachbausteine 1).

Besonders im Bereich der gesprochenen Sprache haben sie ihren großen Auftritt, kommt ihnen doch eine äußerst wichtige pragmatische Aufgabe zu. Sie dienen einerseits der Gesprächssteuerung und drücken andererseits in Kombination mit dem Satzmodus und der Intonation die spezifische Sprechereinstellung aus. Für Ärztinnen und Ärzte ist die Fähigkeit, ein Gespräch steuern zu können und kooperativ wirksam zu sein, eine sprachliche Schlüsselkompetenz.

So wird die Erarbeitung und die sichere rezeptive als auch produktive Beherrschung der geläufigsten Partikeln, Interjektionen, aber auch der eine Aussage einleitenden oder modifizierenden Äußerungen ein wichtiges Lernziel in Sprachkursen für medizinisches Personal darstellen.

3. Das deutsche Gesundheitssystem: Landeskunde

In Sprachkursen für ausländische Ärztinnen und Ärzte darf ein umfangreicher Unterricht über das Gesundheitssystem in Deutschland nicht fehlen. Dabei stehen Antworten auf die folgenden Fragen im Vordergrund.

- Wie sind Krankenhäuser strukturiert? (Organigramm)
- Wie ist das Sozialversicherungssystem in Deutschland aufgebaut?
- Was ist der Unterschied zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen?
- Was bedeutet ambulante, was stationäre Gesundheitsvorsorge?
- Was sind MVZs?
- Welche Weiterbildungsmöglichkeiten und -pflichten haben Ärzte und Ärztinnen in Deutschland?
- Warum gibt es Leitlinien?
- Welche Aufgaben haben die Ärztekammern?
- Welche Akteure gibt es im Gesundheitssystem? (Hausarzt, Krankenhaus, Rehaklinik, Pflegedienst u.a.)
- Wie wird das System finanziert?
- Wo und wie kann/muss sich ein Arzt/eine Ärztin in Deutschland berufsständisch organisieren?
- Wo und wie hoch sollte er/sie sich Haftpflicht versichern?

Zu diesen verwaltungstechnischen und systemrelevanten Fragen kommen dann auch soziale Fragestellungen:

- Wie geht das Personal im Krankenhaus miteinander um? (Hierarchisch, kameradschaftlich, distanziert …)
- Was ist ein sogenannter „aufgeklärter Patient“?

In diesem Zusammenhang ist es auch zielführend, die Lernenden über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gesundheitssysteme in ihrem Herkunftsland (oder anderen Ländern, die sie kennen) und Deutschland reflektieren zu lassen.

Im Einklang mit dem lernerzentrierten Ansatz eignet sich dieses Thema sehr gut als Rechercheprojekt für die Lernenden, dessen Ergebnisse sie dann im Kurs vorstellen können. Es ist denkbar, dass in Paararbeit nur einzelne Fragen recherchiert und vorgestellt werden, sodass am Ende einer Präsentationsreihe alle Lernenden zum Ergebnis beigetragen haben.

4. Berufsbegleitend versus berufsqualifizierend

Aus der Lern – und Arbeitsbiografie der Zielgruppe ergeben sich zwangsläufig Unterschiede. Diese beruhen u. a. auf den unterschiedlichen Erfahrungen im stationären Berufsalltag. Manche Ärzte in Weiterbildung (im Folgenden AiW) haben über studentische Austauschprogramme oder Praktika bzw. Famulaturen einen ersten Einblick in das deutsche Gesundheitssystem erhalten. Als großes Manko wird das fehlende praktische Jahr (PJ) genannt, das in Deutschland obligatorisch ist. Damit sind zugewanderte junge Ärztinnen und Ärzte in ihrer fachlichen Entwicklung nicht mit einem deutschen AiW zu vergleichen.

Auf der anderen Seite gibt es zugewanderte Ärztinnen und Ärzte, die in ihren Heimatländern in verantwortlichen Positionen waren und viele Jahre Berufserfahrung in der Klinik vorweisen können. In Deutschland müssen sie sich dann aus Existenzgründen auf Assistenzarztstellen bewerben.

Aus der skizzierten beruflichen Lage ergeben sich drei Typen der Sprachkurse, die angeboten werden können:

1. **Berufsvorbereitende Kurse** – Diese Kursform eignet sich für Ärztinnen und Ärzte, die noch nicht lange in Deutschland sind, über wenig bis gar keine Praxiserfahrung im hiesigen System verfügen und die sich zunächst einmal orientieren möchten. Hier wären als Teilnehmende Gastärzte oder Ärztinnen und Ärzte in den Blick zu nehmen, die auf die Erteilung ihrer Approbation oder ihrer Berufserlaubnis warten.

2. **Berufsbegleitende Kurse** – Hier ist die Zielgruppe bereits in Deutschland approbiert oder besitzt eine Berufserlaubnis, zumindest zur Aufnahme eines Praktikums. In der Regel arbeiten die Ärztinnen und Ärzte bereits und haben Erfahrungen im hiesigen Klinik- oder Praxisalltag. Sie sind aber noch nicht sehr lange in den Einrichtungen tätig (ca. 3 Monate). Die kommunikativen Situationen, auf die sie in ihrer ärztlichen Praxis treffen, bereiten ihnen noch Probleme, und sie benötigen Unterstützung, um ihr tägliches Pensum sprachlich zu bewältigen.

3. **Berufsqualifizierende Kurse** – Diese Kursform richtet sich an diejenigen, die seit mehr als einem Jahr in Deutschland arbeiten. Sie haben eine gewisse Routine erworben, was die täglichen Anforderungen an sie betrifft, doch häufig haben sich z. B. durch ungesteuerten Spracherwerb oder aus anderen Gründen falsche/fossilierte Strukturen gebildet, an denen sie arbeiten möchten. Hierher gehören auch Kursaufträge, in denen ganz gezielt spezifische Szenarien und Textsorten trainiert werden sollen, wie z. B. das Einüben kollegialer Gespräche zur Differentialdiagnostik, das Verfassen/Diktieren von Arztbriefen u. a. Häufig hat diese Zielgruppe viel Berufserfahrung (Top-Down-Wissen) und Fachkenntnisse, es mangelt aber noch an der souveränen Sprachverwendung (Bottom-up-Wissen).

5. Curricula und Materialien

Rahmencurriculum

Die telc gGmbH hat im Gefolge zu ihrer im Jahr 2013 entwickelten Fachsprachenprüfung telc Medizin B2/C1 ein umfangreiches Rahmencurriculum veröffentlicht. Mit dieser Publikation aus dem Jahr 2014 steht den Akteuren, die Sprachkurse für medizinisches Fachpersonal planen und durchführen wollen, eine umfassende Quelle zur Verfügung, mit deren Hilfe die Gestaltung und Planung von Kursen für diese spezielle Zielgruppe bedarfsgerecht und inhaltlich angemessen gelingen sollte.

Von der Situierung im Referenzrahmen (GER) anhand der Kann-Deskriptoren über die konkrete Beschreibung der Handlungsfelder und Szenarien bis hin zu alphabetischen Wortschatzlisten beinhaltet dieses Curriculum die wesentlichen Aspekte rund um Sprachvermittlung, Lernzielanforderungen und Bedarfe bezogen auf das Thema Deutschunterricht für ausländische Ärztinnen und Ärzte.

Das Curriculum ist zu beziehen unter www.telc.net.

Außerdem hat die telc gGmbH Trainingseinheiten und Online-Module für den Fachsprachenunterricht entwickelt.

telc Trainingseinheiten Deutsch B2-C1 Medizin

Die Trainingseinheiten dienen dem fachsprachlichen Unterricht von internationalen Ärztinnen und Ärzten. Berücksichtigt werden sowohl die Handlungsfelder Arzt-Patient und Arzt-Pflegekraft als auch Gesprächsanlässe von Arzt zu Arzt. Ein Heft umfasst je drei Trainingseinheiten. Jede Trainingseinheit bildet eine in sich geschlossene thematische Einheit und liefert Material für etwa fünf oder sechs Unterrichtseinheiten.

Das Heft für Teilnehmende enthält Aufgaben zum Selbstlernen zu Hause oder zum Üben im Unterricht. Zur Bearbeitung der Aufgaben zum Hörverstehen gibt es eine Audio-CD mit Tonaufnahmen. Die Trainerhandreichung enthält Kopiervorlagen für den Unterricht und die Lösungen der Aufgaben. Im Komplettpaket bekommen Sie alle drei Artikel zusammen.

Die Trainingseinheiten wurden speziell für den Deutschunterricht mit internationalen Ärztinnen und Ärzten erstellt. Anhand der Trainingseinheiten erlernen Kursteilnehmende sprachliche Strukturen für ihren Arbeitsalltag in deutschsprachigen Krankenhäusern. Zugleich eignet sich das neue Material zur Vorbereitung auf die fachsprachliche Prüfung telc Deutsch B2-C1 Medizin.

Im monatlichen Turnus erscheinen insgesamt 24 Trainingseinheiten, die jeweils aus einem Aufgabenheft, einer Trainerhandreichung und einer Audio-CD bestehen. Alle Trainingseinheiten umfassen Aufgaben zum Lese- und Hörverstehen sowie zum Schreiben und Sprechen. Es werden gezielt Sprachstrukturen vermittelt, die im medizinischen Handlungsumfeld benötigt werden. Die Trainingseinheiten lassen sich beliebig miteinander sowie mit einem allgemeinsprachlichen Lehrwerk kombinieren.

Trainingseinheiten

1. Mit Pflegepersonal über Medikamente sprechen
2. Über Angst sprechen
3. Über Schmerzen sprechen
4. Das Überbringen schlechter Nachrichten
5. Palliativmedizin
6. Kommunikation in schwierigen Kontexten
7. Beratungsgespräche führen
8. Das medizinische Aufklärungsgespräch
9. Mit Angehörigen über Krankheitsbilder sprechen
10. Anamnese
11. Die körperliche Untersuchung
12. Diagnostische Verfahren und Diagnosegespräch
13. Bildgebende Verfahren
14. Medizinische Dokumentation
15. Arztbrief und Entlassungsgespräch
16. Über die Patientenversorgung sprechen
17. Visite und Übergabe
18. Kommunikation im OP
19. Fallvorstellung
20. Konsil
21. Befunde und Therapien besprechen
22. Hausärztliche Versorgung
23. Neurologie
24. Notfälle und Notaufnahme

telc Online Training Deutsch B2-C1 Medizin

Ob Arzt-Patientenkommunikation, Arztbrief, Arzt-Arztgespräch oder Anamnese: Mit dem telc Online Training Deutsch B2–C1 Medizin verbessern internationale Ärztinnen und Ärzte ihre Deutschkenntnisse und bereiten sich auf die Prüfungen telc Deutsch B2–C1 Medizin und telc Deutsch B2 Medizin Zugangsprüfung vor. Teilnehmende können die über 1.000 verschiedenen Lernaktivitäten, die ca. 120 Unterrichtseinheiten entsprechen, individuell zusammenstellen. Auf telc Campus gibt es kostenlose Demomodule zum Anschauen; dort kann auch das Training gebucht werden. Für Firmen und Sprachschulen bietet telc zudem ein Online Gruppencoaching an, in dem die Teilnehmenden individuell von Trainern mit langjähriger Erfahrung betreut werden.

Das Training auf einen Blick

- Deutsch für internationale Ärztinnen und Ärzte
- 25 Trainingseinheiten rund um die Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen, Pflegepersonal, Patienten und Angehörigen
- über 1.000 Übungen zu Hören, Lesen, Wortschatz und Grammatik
- flexible Zusammenstellung der Lernmodule
- ideale Vorbereitung auf die Prüfungen telc Deutsch B2–C1 Medizin und telc Deutsch B2 Medizin Zugangsprüfung
- begleitend zum Sprachunterricht und den Übungsheften Trainingseinheiten 1–24 telc Deutsch B2-C1 Medizin einsetzbar
- auf PC, iPad und anderen mobilen Geräten verwendbar

Das Online Coaching auf einen Blick

- Gruppencoaching mit zehn Live-Terminen à 45 Minuten
- Teilnehmerzahl: 2–10
- individuelle Betreuung durch Trainer mit langjähriger Erfahrung
- Hausaufgaben nach jedem Live-Termin
- Teilnehmer-Forum
- Zugang zum telc Online Training Deutsch B2–C1 Medizin
- exklusiv für Firmen und Sprachschulen buchbar

IMED-KOMM-EU

Außerdem gibt es noch ein EU-Projekt: eine Online-Plattform, die IMED-KOMM-EU (Interkulturelle medizinische Kommunikation in Europa). Ziele des Projekts sind in erster Linie die Schaffung, Erprobung und nachhaltige Verbreitung moderner, innovativer Sprachlernmaterialien, Test- und Zertifizierungstechniken (ECL) für die interkulturelle berufssprachliche Kommunikation ausländischer Ärzte und medizinischer Fachkräfte in den Ländern des Konsortiums sowie in anderen europäischen Mitgliedsstaaten. Die Zielgruppen sollen befähigt werden, die gegebenen Möglichkeiten der europäischen Kommunikation sowie des grenzüberschreitenden Arbeitens in den EU-Mitgliedsländern besser als bisher zu nutzen bzw. zu bewältigen, Informationen unter: http://www.imed-komm.eu/. Die Plattform bietet Sprachübungen, Blogs, Selbsttests und Blended-Learning-Angebote.

Nützliche Materialien für den berufsbezogenen Deutschunterricht

Materialien für den Unterricht mit Inhalten aus dem Medizineralltag, aufgebaut in Lektionen

Firnhaber-Sensen, U. Rodi, M.: Deutsch im Krankenhaus. NEU. Langenscheidt 2009

Györffy, M.: Deutsch für Mediziner. Schenk Verlag 2007

Haider, B.; Laimer, T.: Materialienreihe „Deutsch für Gesundheits- und Pflegeberufe“. Österreich Institut 2007

Schrimpf, U.; Bahnemann, M.: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Springer Verlag 2012

Thommes, D.; Dr. Schmidt, A.: Menschen im Beruf Medizin (B2/C1). Hueber 2015

Wachsmann, F.; Grenz, T.: Lernspiele Pflege und Gesundheit. Kopiervorlagen mit CD. EU-Lehrmittel 2010 (als Ergänzung/Unterrichtsentlastung)

Materialien zum Festigen und Wiederholen des medizinischen Fachwortschatzes

Deschka, M.: Lernkarten Grundwortschatz Medizin. Bibliomed 2011

Enke, A. (Hg.): Bau und Funktion des menschlichen Körpers. Praxisorientierte Anatomie u. Physiologie. Urban & Schwarzenberg 1998

Karenberg, A.: Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Schattauer 2011

Seitz, A.M.: Anatomie lernen durch Beschriften in Gesundheits- und Pflegeberufen. Elsevier 2013

Fachthemen

Glazinski, R.: Arztbriefe optimal gestalten. Brainwave Wissenschaftsverlag 2012

Helmich, P.; Richter, K.: 50 Rollenspiele als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch. VAS 2003

Kraus, U. et. al.: Kommunikation in der Medizin. (DVD, Lehrfilme). Psychosozial-Verlag 2011

Pottgießer, T.; Ophoven, S.: Die 50 wichtigsten Fälle Inneren Medizin. Elsevier 2009

Populärwissenschaftliche Texte, leicht und verständlich

Cheers, G. (Hrsg.): Lexikon – Körper und Gesundheit. Tandem Verlag 2000/2006

Nützliche Links

Unterrichtsmaterial mit aufbereiteten Übungen

www.imed-komm.eu
www.telc.net/produkte
www.campus.telc.net

Lexikonseiten zum schnellen Nachschlagen und Vorbereiten des Sprachmaterials

www.med-college.hu/de/wiki/
www.mallig.eduvinet.de/bio/Repetito/verdau5b.html
www.mindpicnic.de/cardbox/anatomie-sem-iii/

Populärwissenschaftliche Texte, z.T. mit sehr guten Videos und Hörverstehensübungen für den Bereich Medizin

www.apotheken-umschau.de
www.befunddolmetscher.de
http://tv.doccheck.com/de/
www.onmeda.de
www.thieme.de/viamedici/index.htm

LITERATUR

Aguado, Karin: Dimensionen lernersprachlicher Partikelverwendung (Diss.). 1996

Ates, Seyran: Der Multikulti-Irrtum. Wie wir in Deutschland besser zusammenleben können. München, 2007

Bimmel, Peter; Rampillon, Ute: Lernerautonomie und Lernstrategien. Fernstudieneinheit 23. Berlin, München, 2000

Canale, Michael; Swain, Merrill: „Theoretical Bases of Communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing“, in: *Applied Linguistics 1,* 1980*,* S. 1–47

Domenig, Dagmar: „Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung“, in: Borde, Theda; David, Mathias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse 2003

Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber, 2. Aufl., 2007

Flechsig, Karl-Heinz: Auf dem Weg zur interkulturellen Gesellschaft. Vortrag Petra Kelly Stiftung 2001, https://www.petrakellystiftung.de/fileadmin/user_upload/newsartikel/PDF_Dokus/Interkulturelle_Gesellschaft.pdf

Flechsig, Karl-Heinz: Kulturelle Orientierungen. 2000, http://www.ikk.uni-muenchen.de/download/service/kulturelle-orientierungen.pdf

GER Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen, Europarat Straßburg, 2001

von Hahn, Walther: Fachkommunikation. Entwicklung, linguistische Konzepte, betriebliche Beispiele. Berlin, New York, 1983

Herder, Johann Gottfried: Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit. Leipzig, 1784

Hoffmann, Lothar: Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung. 2., völlig neu bearbeitete Aufl. Tübingen, 1985

House, Juliane: Zum Erwerb interkultureller Kompetenz im Unterricht des Deutschen als Fremdsprache: http://zif.spz.tu-darmstadt.de/jg-01-3/beitrag/house.htm, 1996

Lenneberg, Eric H.: Biologische Grundlagen der Sprache, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1972 (mit Anhang von Noam Chomsky: Die formale Natur der Sprache)

Matz, Frauke et. al.: Transkulturelles Lernen im Fremdsprachenunterricht. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang 2014

Roelcke, Thorsten: Fachsprachen. Berlin, 2010

Schatz, Heide: Fernstudienangebot Germanistik, Deutsch als Fremdsprache: Fertigkeit Sprechen. München, 2006

Schweikhardt, Axel; Fritzsche, Kurt: Kursbuch Ärztliche Kommunikation. Deutscher Ärzteverlag 2009

Schön, Almut: Arzt-Patienten-Gespräche als L2-L1 Kommunikation (Diss.), Frankfurt am Main, 2012

Schrimpf, Ulrike; Bahnemann, Markus: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte, Berlin, 2012

Takeda, Arata: Transkulturalität im Schulunterricht. Ein Konzept und vier ‚Rezepte' für grenzüberschreitendes Lehren und Lernen (PDF). 2010

Takeda, Arata: Wir sind wie Baumstämme im Schnee. Ein Plädoyer für transkulturelle Erziehung. Münster et. al.: Waxmann 2012

telc gGmbH: Rahmencurriculum Deutsch Medizin. Frankfurt a. M., 2014

Zertifikat Deutsch. Frankfurt am Main: wbt 1999 (heute: telc gGmbH)

Internetquelle 1: Eckpunktepapier der GMK 2014 https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Internetquelle 2: http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/BD_Szenarien_2014_web.pdf (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Internetquelle 3: http://www2.uni-jena.de/welsch/papers/W_Welsch_Was_ist_Transkulturalit%C3%A4t.pdf (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Internetquelle 4: http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/fakten/m2et0934.html (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Andere Internetquellen: (letzter Aufruf am 10.5.2016)

http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf

www.kultur-gesundheit.de

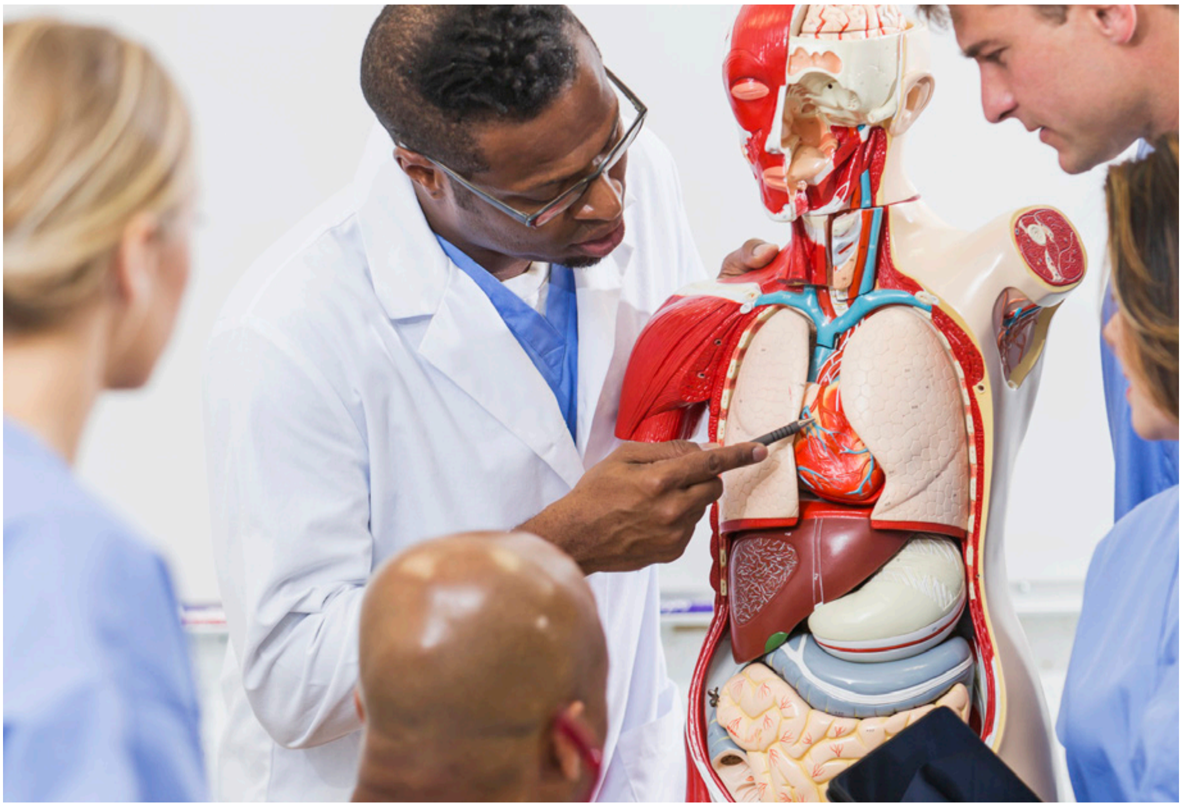
http://www.iww.de/cb/recht/approbation-sprechen-sie-deutsch-neue-regelungen-zur-anerkennung-auslaendischer-aerzte-f74015

https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/kultursensibilitaet_der_krankenhaeuser_in_nordrhein-westfalen.pdf

http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2011/0101-0200/134-11.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Damaris Borowski, Jörg Deppe

Kapitel II: Was die Kursleitung können muss



Vieles in Medizinerkursen ist für Sprachlehrkräfte zunächst ungewohnt. Auch wer seit Jahren Deutsch als Zweitsprache unterrichtet, in Integrationskursen, im Einzelunterricht oder in berufsbezogenen Kursen, muss neu hinzulernen: Der Deutschunterricht im Krankenhaus für fremdsprachige Ärztinnen und Ärzte stellt Lehrkräfte vor ganz neue Herausforderungen.

Die folgenden Ausführungen gründen auf den Unterrichtserfahrungen mehrerer Träger an verschiedenen Kliniken. Sie enthalten einige Empfehlungen für Kursleitende in Medizinerkursen – wohlwissend, welch schwierigen Balanceakt für Lehrkräfte es bedeutet, im Unterrichtsalltag das Wünschenswerte und Machbare in Einklang bringen zu wollen.

1. Methodenkompetenz in Medizinerkursen

Kein Lehrfach, kein Bildungsbereich, der Lehrkräften nicht Methodenkompetenz abverlangt. Auch für Deutschkurse mit erwachsenen Migrantinnen und Migranten gilt so allgemein wie unumstößlich: „Der Unterricht in ‚Deutsch als Zweitsprache' stellt hohe Anforderungen an die methodische Kompetenz der Lehrkräfte." (Buhlmann 2005, S. 20) Doch Methodenkompetenz zielt ja gerade auf die Kunst der Unterscheidung: Sie bedeutet die Fähigkeit, Fertigkeit und Bereitschaft von Lehrkräften, die der jeweiligen Zielgruppe, der jeweiligen Thematik, der jeweiligen Situation angemessene Methode zu wählen. Und Sprachunterricht für internationale Ärztinnen

und Ärzte braucht andere Lehrmethoden als jeder andere Deutschunterricht, sei es im Zweit- oder Fremdsprachenbereich, sei es in Jugend-, Integrations- oder berufsorientierenden Kursen.

Was also wird von Lehrkräften in Sprachkursen für internationale Ärztinnen und Ärzte erwartet? Was macht die Qualität eines guten Medizinerunterrichts aus? Es geht zunächst einmal um den gleichen Maßstab, der schon oft grundsätzlich für das Feld der arbeitsplatzbezogenen Deutschförderung beschrieben worden ist: das „Qualitätsdreieck" aus Teilnehmer-, Bedarfs- und Handlungsorientierung (vgl. Beckmann-Schulz; Kleiner 2011, S. 23 ff.).

Guter Sprachunterricht, für den ärztlichen wie für jeden anderen Beruf soll demnach

- die Teilnehmenden und ihre Erfahrungen, Interessen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt rücken und zu verantwortlichen Akteuren des Unterrichtsgeschehens machen;
- den Bedarf der Teilnehmenden zur Bewältigung der Sprachanforderungen an ihrem Arbeitsplatz ermitteln und in den Unterricht integrieren;
- die Handlungsmöglichkeiten und -anforderungen der Teilnehmenden in ihrem Beruf aufgreifen und so realitätsnah wie möglich zum Unterrichtsgegenstand machen.

Dieses „Qualitätsdreieck", dem die Methodenkompetenz von Kursleitungen in Medizinerkursen gerecht werden soll, kann neu einsteigenden Lehrkräften als Leitbild dienen – und zugleich Übersicht schaffen, wenn die vielfältigen, hier geforderten Kompetenzen im Detail betrachtet werden.

Teilnehmerorientierung

Andere Lernende, anderer Unterricht: Für jeden guten Sprachunterricht ist es wichtig, dass sich die Lehrkräfte auf die besonderen Voraussetzungen der Adressaten einstellen. Die Zielgruppe ausländischer Ärztinnen und Ärzte verlangt – und erlaubt! – andere Lehrmethoden, als es die meisten Dozenten aus dem DaZ- und DaF-Unterricht kennen.

Eigenverantwortliches Lernen ermöglichen

Internationale Ärzte und Ärztinnen sind meist hochgebildet und lernerfahren. Die damit einhergehenden methodischen Anforderungen sind für manche DaZ-Lehrkräfte ungewohnt. Dabei stecken gerade darin viele Chancen: Die Eigenverantwortung der Lernenden für den Unterrichtserfolg muss hier kein Schlagwort bleiben. Ärztinnen und Ärzte sind im Lernprozess oft zielorientierter als zum Beispiel Teilnehmende eines Integrationskurses, bringen sich stärker in die Unterrichtsgestaltung ein und tragen aktiv dazu bei, ihr medizinisches Fachwissen mit der Sprachlehrkompetenz der Lehrkräfte zu verknüpfen.

Dies im Unterricht zu nutzen, will gewiss gelernt, aber vor allem ausprobiert sein. Eine gute Kursleitung im Medizinerkurs ermöglicht den Teilnehmenden, dass sie ihre ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten mit den methodischen Ideen der Deutschlehrenden verbinden. Internationale Ärztinnen und Ärzte entwickeln in vielen Kursen gemeinsam mit der Lehrkraft Fragevarianten im Anamnesegespräch oder Lückentexte für Arztbriefe – und verwirklichen damit, was in manchen anderen Deutschkursen nur beschworen wird: die Selbstverantwortung der Lerner für ihren Lernprozess.

Und zugleich – das ist die andere Seite der hier angesprochenen Methodenkompetenz – sollten die Lehrkräfte immer mitbedenken, dass ihre Adressaten ebenso ambitionierte wie zielbewusste Menschen sind. Um ihre Facharztausbildung in Deutschland sprachlich meistern zu können, opfern internationale Ärztinnen und Ärzte neben ihrer stark fordernden Berufstätigkeit viele Stunden Lebenszeit – und möchten wissen, welchen Ertrag sie dafür am Ende erwarten können. Klare, gemeinsam vereinbarte Lernziele, die den Weg weisen, sind in Medizinerkursen ein Muss.

Auf „Fortgeschrittenen"-Niveau unterrichten

Wer in Deutschland die Approbation oder Berufserlaubnis in einem akademischen Heilberuf beantragt, muss den zuständigen Behörden der Bundesländer mindestens ein allgemeinsprachliches Zertifikat des Sprachniveaus B2 vorlegen. Dass Deutschkenntnisse auf dieser Stufe für eine gelungene Kommunikation im Krankenhaus – bei weitem – nicht ausreichen, ist der wesentliche Ausgangspunkt fast aller in den letzten Jahren gestarteten Medizinerkurse: Sprachunterricht für internationale Ärztinnen und Ärzte ist Lehrtätigkeit auf „Fortgeschrittenen"-Niveau, auf den Stufen B2, C1 und C2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER).

Für viele DaZ-Lehrkräfte, besonders Dozenten aus Integrationskursen, bedeutet dieses Lernni-

veau Neuland. Ohnehin haben sie in Medizinerkursen einen schwierigen methodischen Anspruch zu meistern, der grundsätzlich in jedem Unterricht für „Deutsch am Arbeitsplatz“ steckt, nämlich fortwährend zwischen berufsbezogenem Wortschatz und den dafür geforderten allgemeinsprachlichen Grundlagen (Aussprache, Grammatik, Rechtschreibung etc.) hin und her wechseln zu müssen. Hinzu kommt nun im Ärztekurs, dass sich dieser Balanceakt in noch luftigeren Höhen abspielt – rund um so anspruchsvolle Sprachanforderungen wie Paraphrasierungen im Anamnesegespräch oder die korrekte Verwendung von Zeichensetzung, Partizipgruppen, Genitivattributen und Nominalkonstruktionen im Arztbrief: eine Herausforderung an die Methodenkompetenz der Lehrkräfte, die nicht von heute auf morgen bewältigt werden kann.

Binnendifferenzierung beherrschen

Sei es aufgrund der hohen dienstbedingten Fluktuation der Lernenden, sei es aufgrund ihrer heterogenen Sprachbedarfe: Ein starres Unterrichtskorsett hilft in Medizinerkursen wenig. Schon die oft unregelmäßige Teilnahme der Medizinerinnen und Mediziner am Unterricht stellt Kursleitende vor erhebliche methodische Herausforderungen. Assistenzärztinnen und -ärzte an deutschen Krankenhäusern unterliegen generell einer extremen Arbeitsbelastung, mit manchmal bis zu 80 Stunden Wochenarbeitszeit, höchst flexiblen Einsatzzeiten und enormer Arbeitsintensität – und für zugewanderte Medizinerinnen und Mediziner kommen aufgrund von Sprachschwierigkeiten meist weitere Überstundeneinsätze hinzu, zum Beispiel um nach Dienstschluss noch Arztbriefe und andere schriftliche Aufgaben fertigzustellen. Lehrkräfte in Medizinerkursen müssen sich daher auf ungewöhnliche Umstände einstellen: Ihre Teilnehmenden bewältigen aufgrund ihrer massiven Arbeitsbelastung selten mehr als fünf Stunden Sprachtraining in der Woche – und müssen dennoch infolge von Überstunden, Nachtdiensten und Notfalleinsätzen immer wieder den Unterricht ganz oder teilweise absagen. Die Fluktuation in den Kursen ist enorm; die Anwesenheitsquote liegt oft unter 50 Prozent.

Lehrkräfte in Medizinerkursen brauchen viel methodische Kompetenz, um mit dieser schwierigen Unterrichtssituation umgehen zu können, und sie müssen vor allem mit vielfältigen Methoden der Binnendifferenzierung arbeiten können – von Lernstationen über selbstgesteuerte Team- und Partnerarbeit bis hin zu Techniken der eigenständigen und partnerschaftlichen Fehlerkorrektur.

Binnendifferenzierung ist im Übrigen auch gefragt, weil die individuellen Lernbedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte oft noch heterogener als in anderen DaZ-Kursen sind. Die meisten Teilnehmenden in Medizinerkursen – anders als zum Beispiel in Integrations- oder berufsbezogenen ESF-BAMF-Kursen – haben ihre deutschen Sprachkenntnisse bereits im Ausland erworben, nicht selten sogar ohne Kontakt zu deutschen Muttersprachlern. Das macht sich vor allem bei den mündlichen Fertigkeiten bemerkbar, besonders der Aussprache (obwohl gerade die für eine gelungene Kommunikation mit Patienten und Kollegen besonders wichtig ist): Kursleitende in Medizinerkursen stellen bei manchen Teilnehmenden denn auch fest, dass – trotz B2-Zertifikat – auch Sprachfertigkeiten der niedrigeren Niveaustufen oft noch lückenhaft sind, vom Gebrauch der Modalpartikel im Patientengespräch über das Passiv bis zur Groß- und Kleinschreibung im Entlassungsbrief. Wo dies der Fall ist, hilft allein eines: die Fähigkeit der Lehrkraft, differenzierende Unterrichtsmethoden einzusetzen, um individuellen Lernbedürfnissen auf höchst unterschiedlichen Sprachniveaus gerecht werden zu können.

Interkulturelle Kompetenz fördern

Im Sinne einer wirksamen Teilnehmerorientierung im Medizinerkurs kommt es nicht zuletzt aber auch darauf an, dass Sprachlehrkräfte im Unterricht interkulturelle Kompetenzen fördern – und selbst mitbringen. Viele ihrer Teilnehmenden müssen sich im deutschen Krankenhaus mit Verhaltensnormen auseinandersetzen, die ihnen aus der Heimat wenig vertraut sind. Der „aufgeklärte Patient“ etwa, der womöglich sogar mit seinem Internetwissen den Arzt in Diskussionen zu verwickeln sucht, ist in vielen Herkunftsländern undenkbar – und sollte gerade deshalb im Kommunikationstraining des Medizinerkurses eine große Rolle spielen.

Der Erwerb von Sprach- und Kulturkenntnissen geht hier ineinander über; eine Befragung im Anamnesegespräch etwa lässt sich nur einüben, wenn offene, empathische Fragetechniken gleichermaßen sprachlich (Modalpartikel für Freundlichkeit, Paraphrasierungen etc.) als auch kulturell (Techniken des „aktiven Zuhörens“) erprobt werden.

Dabei ist die interkulturelle Kompetenz der Lehrenden und Lernenden gleichermaßen gefordert: Sprachlehrkräfte können nur dann zum Verständnis für die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kultur in Deutschland beitragen, wenn sie selbst das nötige Wissen und Gespür für die Herkunftskulturen ihrer Teilnehmenden mitbringen. Interkulturelles bzw. transkulturelles Lernen (vgl. Kapitel I) funktioniert immer nur beidseitig, und Patientenkommunikation in Deutschland kann im Medizinerunterricht nur im Spiegel der ärztlichen Verhaltensnormen der Heimatländer eingeübt werden. Lehrkräfte in Medizinerkursen sollten es daher als einen Teil ihrer Methodenkompetenz begreifen, ihre Teilnehmenden als transnationale Gesundheitsexperten wahrzunehmen und in dieser Rolle aktiv in den Unterricht einbeziehen.

Bei alledem sollten die Kursleitenden aber auch bedenken, dass sich das oberste Leitziel anderer Sprachkurse wie etwa der Integrations- und ESF-BAMF-Kurse – „Integration“ – bei hochqualifizierten Fachkräften oft stark relativiert: Denn viele ausländische Mediziner sind entschlossen, nach ihrer Ausbildung zum Facharzt in die Heimat zurückzukehren. Dies bei längerfristigen Lernzieldefinitionen einbeziehen zu können, sollte zur selbstverständlichen interkulturellen Kompetenz der Lehrkräfte gehören – genauso wie ihnen auch die persönliche Belastungssituation vieler Teilnehmenden bewusst sein sollte: Etliche ausländische Ärztinnen und Ärzte, als Migranten ohnehin von Freunden und Familie getrennt, stammen aus Kriegsgebieten und müssen tagtägliche Ungewissheit über das Schicksal ihrer Angehörigen ertragen.

Auch das sollten Sprachlehrkräfte im Unterrichtsgeschehen berücksichtigen können, auch das gehört zur nötigen Kultursensibilität: Die Schlüsselqualifikation „interkulturelle Kompetenz“ ist in Medizinerkursen ein Lernziel für *alle* Beteiligten.

Bedarfsorientierung

Raus aus dem Seminarraum, rein in die Klinik: für Kursleitende eine ungewohnte Situation, und sie bedeutet mehr als nur einen Ortswechsel. Der Sprachlernort Krankenhaus impliziert eine enge Einbindung des Unterrichts in das Klinikgeschehen, eine direkte Orientierung an den alltäglichen ärztlichen Kommunikationsanforderungen.

Diese starke Bedarfsorientierung, die direkte Tuchfühlung mit dem Stationsalltag eröffnet den Kursleitenden einerseits viele Chancen für einen praxistauglichen Unterricht – und verlangt von ihnen andererseits erhebliche methodische Kompetenzen. Fachspezifische Bedarfserhebungen, Hospitationen im Krankenhaus, Interviews mit Chef- und Oberärzten, bedarfsgerechte Kursplanungen, das alles zählt nicht eben zur Normalität des Unterrichtens in DaZ- und DaF-Kursen. Der Qualitätsmaßstab „Bedarfsorientierung“ fordert von Kursleitenden ein Umdenken, und an erster Stelle eine Auseinandersetzung mit den Methoden berufsbezogener Sprachbedarfsermittlung.

Lernbedarfe der Kursteilnehmenden ermitteln

Die ausgeprägte Orientierung an den sprachlichen Anforderungen am Arbeitsplatz ist der zentrale Unterschied zwischen allgemeinen und berufsbezogenen Sprachkursen. Vor der Planung eines jeden berufsbezogenen Sprachkurses steht immer wieder neu die Frage: „Welche spezifischen Sprachfertigkeiten braucht der Teilnehmende X, um seine individuellen beruflichen Aufgaben besser zu bewältigen und Ziele zu erreichen?“ (Weissenberg 2012, S. 7)

Um diese Frage zu beantworten, müssen Informationen gesammelt werden, aus denen hervorgeht, was die Teilnehmenden in ihrer beruflichen Praxis hören, sprechen, lesen und schreiben sollen; es muss also eine Bedarfsermittlung durchgeführt werden.

Da die Rahmenbedingungen von Medizinerkursen sich stark unterscheiden, ist es nicht möglich, einen festen Fahrplan für die Bedarfsermittlungen vorzugeben. Zur Orientierung soll dennoch an dieser Stelle zunächst eine kurze Anleitung für die Bedarfserhebung gegeben werden, die kursübergreifend Gültigkeit hat:

Kurzanleitung zur Bedarfsermittlung

- **Wer führt die Sprachbedarfsermittlung durch?**
  Die Kursleitenden sollten Bedarfserhebungen nicht allein durchführen, sondern die Teilnehmenden aktiv einbeziehen – und, wo dies möglich ist, eine oder mehrere Kontaktperson/en (z.B. die Chefärztinnen und -ärzte der Abteilung) aus dem entsprechenden Krankenhaus einbinden, da diese die Arbeitsabläufe besser kennen.

- **Welche Fragen sollen dabei beantwortet werden?**

  A. Welche kommunikativen Anforderungen können am Arbeitsplatz der Teilnehmenden beobachtet werden?

  1. Welchen Tätigkeiten gehen die Teilnehmenden am Arbeitsplatz nach? (z.B. Aufnahmegespräch, Visite, Operation)
  2. Welche Kommunikationssituationen spielen am Arbeitsplatz eine Rolle? (z.B. telefonische Absprachen, Gespräch mit Angehörigen)
  3. Mit wem kommunizieren die Teilnehmenden? (z.B. Patienten, Kollegen) Wie kommunizieren die Teilnehmenden? Welche Register, Hierarchien, Höflichkeitsformen werden relevant? (z.B. Patientensprache vs. Fachsprache mit Kollegen)
  4. Welche Textsorten sollten die Teilnehmenden lesen, welche verfassen können? (z.B. Überweisungsbrief lesen, Dokumentation der Anamnese schreiben)

  B. Welchen Sprachstand haben die Teilnehmenden in den einzelnen Fertigkeiten, die bei der Kommunikation am Arbeitsplatz relevant werden?

- **Wie sollen diese Fragen beantwortet werden?**
  Antworten auf diese Fragen können auf unterschiedliche Weise, z.B. durch Befragung (von Kontaktpersonen im Krankenhaus und den Teilnehmenden), durch Beobachtung am Arbeitsplatz oder durch die Analyse von am Arbeitsplatz verwendeten Dokumenten (z.B. Aufklärungsbögen) gefunden werden. (vgl. Beckmann-Schulz; Kleiner 2011, S.19–22)

Einen ausführlichen praxisorientierten Leitfaden zur „Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache“ liefert Weissenberg 2012. Der Leitfaden gibt eine Anleitung, wie die Bedarfsermittlung in der Praxis von Kursleiterinnen und Kursleitern durchgeführt werden kann. Dabei können und sollen einzelne Schritte den speziellen Rahmenbedingungen in bestimmten Situationen angepasst und entsprechend flexibel gestaltet werden. Die kommunikativen Anforderungen am Arbeitsplatz und der Zugang zum Arbeitsplatz, die zur Verfügung stehenden Mittel u.v.m. variieren so stark, dass für jeden Kurs speziell ausgelotet werden muss, welche Methoden der Bedarfserhebung in welcher Form und welchem Umfang möglich und nützlich sind. Weissenberg nennt vier grundlegende Methoden der Bedarfsermittlung:

Methoden der Bedarfsermittlung

- **Beobachtung:** Sprachlernstand und -prozesse der Kursteilnehmenden können im Kurs (z.B. in Form einer Sprachstandsmessung) und am Arbeitsplatz beobachtet werden.
- **Befragung:** Die verschiedenen Akteure (die internationalen Ärztinnen, Kollegen, Vorgesetzte) können mündlich oder schriftlich befragt werden. Eine Befragung der Kursteilnehmenden kann auch im Kurs stattfinden.
- **Erkundung:** Der Arbeitsplatz kann durch die Kursteilnehmenden und die Kursleitung erkundet werden. Dabei können beispielsweise bei der Arbeit verwendete Dokumente und Medien analysiert und die Arbeitsabläufe beobachtet werden.
- **Recherche:** Es gibt eine Reihe typischer sprachlicher Anforderungen am Arbeitsplatz von Ärztinnen und Ärzten, die in Lehrwerken, Kursmaterialien und Curricula immer wieder auftauchen. Kursleiterinnen und Kursleiter sollten vorhandene Materialien recherchieren und deren Anwendbarkeit für einen konkreten Kurs analysieren. (vgl. Weissenberg 2012, S. 16–40)

Im Folgenden werden an einem konkreten berufsorientierten Kurs die vier Methoden der Bedarfsermittlung für Ärztekurse veranschaulicht. Diese Bedarfsermittlung ist ein mögliches Beispiel, das nicht als Vorgabe, sondern als Anregung verstanden werden soll.

Beobachtung und Befragung (Sprachstandsmessung)

Zu Beginn des dokumentierten Kurses wurde mit jedem Teilnehmer eine Sprachstandsmessung durchgeführt (vgl. Borowski 2014, S.14–19). Dabei wurden die Methode der Beobachtung und die der Befragung miteinander kombiniert: Die Sprachstandsmessung setzte sich aus einem Gespräch und Aufgaben zusammen, durch welche die rezeptiven und produktiven, mündlichen wie schriftlichen Kompetenzen möglichst differenziert durch die drei Lehrerinnen beobachtet wurden. Die Inhalte der Gespräche und Aufgaben waren so gewählt, dass gleichzeitig Informationen zur Person und den sprachlichen Anforderungen am Arbeitsplatz erfragt wurden.

Bei den Gesprächen wurden die Teilnehmenden aufgefordert, in Bezug auf die im Folgenden dargestellten Themenbereiche zu „erzählen", wobei der sprachliche Schwierigkeitsgrad stetig zunahm. Die Lehrerinnen notierten während der Erzählung ihre Beobachtungen zu speziellen vorher festgelegten Kompetenzbereichen.

Gesprächsteile	Inhalte	Kompetenzbereiche
I. Teil (2–3 min.)	• Vorstellung • Smalltalk über Wetter, Anfahrt etc.	• keine Einschätzung der Sprachkompetenz • Möglichkeit, sich auf das Sprachniveau einzustellen und eine natürliche Gesprächssituation zu gestalten
II. Teil (2–4 min.)	Migrationsgeschichte: • Wann, warum, mit wem ist sie/er nach Deutschland gekommen? • Welche Schritte mussten im Vorfeld getan werden (Sprachzertifikat, Approbation, etc.)? • Wie ist der Umzug nach Deutschland verlaufen?	Einschätzung von: • Verwendung des Perfekt (Satzklammern, Partizipien, Verben mit sein/haben) • Verwendung des Präteritums (Hilfsverben, Vollverben) • Satzbau (Hauptsatz, Nebensatz)
III. Teil (4–6 min.)	Arbeitsalltag: • Wie sind die Arbeitszeiten? • Was sind die Aufgaben? • Wofür ist sie/er verantwortlich? • Vergleich von Arbeitsalltag in Deutschland mit Arbeitsalltag im Herkunftsland	Einschätzung von: • Arbeitswortschatz • Textkongruenz • Verwendung von Modalverben und Nominalisierungen • Adjektivkomparation • Tempuswechsel
IV. Teil (2–3 min.)	Verbesserungsvorschläge für die Arbeitsweise in Deutschland und im Herkunftsland: • Arbeitsorganisation • Umgang mit Patienten • Umgang mit Kollegen	Einschätzung von: • Handlungskompetenz „Meinung äußern" • Handlungskompetenz „Vorschläge machen" • Textkongruenz

Bei den Gesprächen standen den Lehrerinnen Beobachtungstabellen zur Verfügung, in denen sie für die einzelnen Kompetenzbereiche das Niveau entsprechend dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen ankreuzen konnten. Es war nötig, die Niveaustufen von A1 bis C1 in die Beobachtungstabelle einzubeziehen, da die Kompetenzen der Teilnehmenden über diese Stufen verteilt waren. Die Kompetenzen vieler Teilnehmender lagen in einem oder mehreren Bereichen deutlich unter dem Niveau B2. Die Tabelle für den Gesprächsteil III soll hier als Beispiel dienen:

Sprachkompetenzeinschätzung

	A1	A2	B1	B2	C1
Arbeitswortschatz					
Modalverben					
Nominalisierung					
Textkongruenz					

Bemerkung: ______________________________

____

Zur Einschätzung der **schriftlich-produktiven Kompetenz** sollten die Teilnehmenden innerhalb von 45 bis 60 Minuten einen Text mit ca. 200 Wörtern zu dem im Teil III bereits mündlich behandelten Thema „Arbeitsalltag in Deutschland“ verfassen. Die Teilnehmenden wurden aufgefordert, auf die Zeitformen, Verbpositionen und die korrekte Verwendung von bestimmten bzw. unbestimmten Artikeln zu achten. Sie wurden angehalten, Perfekt und Präteritum sowie Konnektoren und Präpositionen anzuwenden. Hinweise zur Korrektur des eigenen Textes (wie: „Lesen Sie den Text noch einmal“) wurden gegeben. Durch Hinweise dieser Art sollte erzielt werden, dass die Teilnehmenden ihr theoretisches Wissen aktivieren und nutzen.

Zur Einschätzung der **schriftlich-rezeptiven Kompetenz** bearbeiteten die Teilnehmenden innerhalb von 20 Minuten den Teil 1 und 4 zum Leseverstehen aus dem Übungstest Deutsch B1–B2 Pflege (Vorabversion 2013) der telc gGmbH. (Als diese Sprachstandsmessung durchgeführt wurde, war der Test „Deutsch B2 C1 Medizin“ noch nicht entwickelt.)

Zusätzlich zu der Einschätzung durch die Lehrerinnen sollten die Teilnehmenden auch selbst ihre Kompetenzen einschätzen. Dazu diente die folgende Tabelle, die einmal mit der Frage a. und einmal mit der Frage b. angegeben und ausgefüllt wurde.

Sprachkompetenzeinschätzung

a. Wo sehen Sie Ihre sprachlichen Schwächen, wenn Sie sprechen?
b. Wo sehen Sie Ihre eigenen sprachlichen Schwächen, wenn die anderen sprechen?

Gespräche mit:	**Wortschatz**	**Satzbau**	**Sprechtempo**	**Aussprache**	**Bedeutung**
Vorgesetzten					
einem Kollegen					
mehreren Kollegen					
Patienten					
Angehörigen					

Tragen Sie bitte in die Tabelle Werte einer Skala von 1–5 ein.

1 – sehr gut, 2 – gut, 3 – mittel, 4 – ausreichend, 5 – schlecht

Befragung

Um einen besseren Einblick in den Arbeitsalltag und die damit verbundenen kommunikativen Bedarfe zu erhalten, wurden die Teilnehmenden gebeten, in einer Tabelle einen typischen Tagesablauf darzustellen. Dabei stellte sich beispielsweise heraus, dass einer der Teilnehmer hauptsächlich Dienstbesprechungen, Fortbildungen und Aufklärungsgespräche vor Operationen sprachlich bewältigen musste. Im Anschluss wurden in Gruppen Überblicke über die Kommunikation am Arbeitsplatz erstellt. Dabei veranschaulichten die Ärztinnen und Ärzte auf Plakaten, mit wem (z. B. Patienten) sie worüber (z. B. Aufklärung zur Darmspiegelung) in welcher Form (z. B. mündlich) kommunizierten und ob dabei Formulare/Unterlagen (z. B. Aufklärungsbogen des Krankenhauses) zum Einsatz kamen. Zusätzlich konnten die Ärztinnen und Ärzte allgemeine Schwierigkeiten mit einer Kommunikationssituation oder Kommunikationsform notieren sowie kommunikative Herausforderungen an konkreten Beispielen darstellen.

Erkundung

Zusätzlich zu dieser zuletzt dargestellten Befragung wurden die Kursteilnehmenden immer wieder dazu ermutigt, Unterlagen, schwierige Situationen u. Ä. aus ihrer Arbeitspraxis mitzubringen. Diese wurden analysiert und für den Unterricht didaktisiert. Darüber hinaus konnte auch eine dreistündige Arbeitsplatzbeobachtung mit anschließendem Reflexionsgespräch durchgeführt werden, wobei folgende Beobachtungen gemacht wurden:

Aus der Praxis

„Es stellte sich heraus, dass der Arzt trotz des vorhandenen theoretischen Wissens in der Praxis den Imperativ nicht anwendete und unsicher in der Verwendung der personalen Anrede war. Bei den körperlichen Untersuchungen verwendete er die Verben durchgehend im Infinitiv und vermied die direkte Anrede. So sagte er beispielsweise ‚die Augen schließen' statt ‚Schließen Sie die Augen'. Immer wieder führten diese Schwierigkeiten zu Irritationen bei den Patienten. Auch im Bereich des Wortschatzes konnte Ähnliches beobachtet werden. Bei dem medizinischen Wortschatz, der auf Englisch und Deutsch ähnlich klingt (Psychologe/psychologist, Medizin/medicine) kam es häufig vor, dass der Arzt das englische Wort verwendete und die Patienten ihn nicht sofort verstanden. Auf der anderen Seite konnte der Arzt einige alltagssprachliche Begriffe, die von den Patienten verwendet wurden, nicht verstehen. Auf die Frage, ob er Alkohol trinke, antwortete ein Patient beispielsweise: ‚Ne, nur ab und zu mal ein Korn.' Im Reflexionsgespräch teilte der Arzt mit, dass er die in diesem Kontext gemeinte Bedeutung von ‚Korn' nicht kannte. Aufgrund seiner Erfahrung mit dem Antwortverhalten von Patienten hatte er allerdings angenommen, dass es sich um ein alkoholisches Getränk handeln könne und hatte dies im Anschluss an das Patientengespräch erfolgreich recherchiert. Ein anderer Patient antwortete auf die Frage nach seinem Appetit: ‚Ich bin ein guter Verwerter.' Daraufhin bat der Arzt den Patienten aufzuzählen, was er bei seinen letzten drei Mahlzeiten zu sich genommen hatte. Mit Hilfe dieser Strategien bekam der Arzt die nötige Information, ohne dass der Patient die sprachlichen Schwierigkeiten bemerkte.

Im Reflexionsgespräch äußerte der Arzt große Unsicherheit in Bezug auf Patientengespräche mit schwierigen Themen [...] wie schwere Krankheit, Schicksalsschläge und Tod. Bei solchen Themen eine angemessene Kommunikationsweise zu wählen, sei selbstverständlich immer eine Herausforderung. In Deutschland aber sei es ihm nahezu unmöglich, die Angemessenheit seines Verhaltens abzuwägen. [...]

Da in der Geriatrie Befunde und Diagnosen aus den verschiedenen Bereichen, vor allem der Inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie zusammenlaufen, kam es häufig zu Situationen, in denen der Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterschiedlicher Ärzte zusammenfassen, abwägen und mit den Patienten diskutieren musste. Im Gespräch mit den Kollegen musste der Arzt Behandlungsverfahren diskutieren und gemeinsam Entscheidungen treffen. Im Reflexionsgespräch beschrieb der Arzt, dass er in solchen Situationen das Gefühl habe, aufgrund seiner sprachlichen Einschränkungen als weniger kompetent eingeschätzt zu werden. Darüber hinaus könne er gelegentlich seine Position auf Deutsch nicht zufriedenstellend vertreten." (Borowski 2014, S. 20f.)

Recherche

Für den dokumentierten Kurs wurden verschiedene Materialien recherchiert und auf ihre Anwendbarkeit im Kurs hin analysiert. Beispielsweise konnten einige Themen, Materialien und Anregungen aus den drei bekannten Lehrwerke „Deutsch für Mediziner" (Bagossy u.a. 2007), „Deutsch für Ärztinnen und Ärzte" (Bahnemann; Schrimpf 2012) und „Deutsch im Krankenhaus" (Firnhaber-Sensen; Rodi 2009) im Kurs eingesetzt werden. Verschiedene Werke zu bestimmten Themen wie Aussprache, Rollenspiel, Fachsprache u.v.m. wurden herangezogen. Auch Internetseiten und YouTube-Videos wurden eingesetzt. Am Ende von Kapitel I gibt es eine Liste mit Materialien, die in Medizinerkursen zum Einsatz kommen können.

Am Beispiel eines konkreten Ärztekurses wurde eine mögliche praktische Umsetzung der Methoden zur Bedarfsermittlung veranschaulicht. Viele andere Umsetzungsmöglichkeiten sind denkbar. Schulungen zur Bedarfsermittlung werden beispielsweise vom IQ Netzwerk angeboten und weiter unten unter „Schulungen" angegeben.

Handlungsorientierung

Vom ersten Unterrichtstag an erfahren es Kursleitende: Sprachkurse für Assistenzärztinnen und -ärzte im Krankenhaus stehen unter höherem Erfolgsdruck als andere DaZ-und DaF-Kurse. Die beteiligten Personalmanager der Kliniken, Chef- und Oberärzte erwarten schnelle, sichtbare Resultate, möchten bei Visiten und in Arztbriefen Fortschritte sehen, fragen nach Lernentwicklungen, machen oft sogar Übungsvorschläge; und die – meist hoch ambitionierten – Assistenzärztinnen und -ärzte ihrerseits fordern die Lehrkräfte nicht minder: Wo ist der Schlüssel, die Lernmethode, um möglichst schnell mit Patienten flüssiger sprechen, Arztbriefe korrekter schreiben zu können?

„Handlungsorientierung" ist für Kursleitende in Medizinerkursen nicht nur eine schöne Verheißung. Von allzu kurzfristigem Erfolgsdruck müssen sie sich freimachen, und oft genug auch ihre fachliche Unabhängigkeit als Lehrkraft gegen äußere Erwartungshaltungen verteidigen. Gelingt ihnen dies jedoch, spricht alles dafür, dass sie sich dieses didaktische Prinzip beherzt zur eigenen Maxime machen: Handlungsorientierung heißt vor allem, einen praxisnahen Unterricht durchzuführen, in dem die Teilnehmenden alltägliche Sprachhandlungen aus ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit einstudieren und erproben können.

Die methodische Kompetenz von Lehrkräften erweist sich so auch am Handlungsbezug ihres Unterrichts – idealtypisch etwa in der Nutzung der so genannten „Szenario"-Methode (siehe auch Kapitel I): Ärztinnen und Ärzte trainieren gängige Kommunikationssituationen aus ihren Stationsabläufen, üben mit verteilten Rollen wichtige, täglich geforderte Sprachhandlungen ein und stärken so ihre Kommunikationsfähigkeit für vielfältige Situationen in der Klinik (Stichworte: Fragestrategien im Patientengespräch, Techniken des aktiven Zuhörens in der Anamnese, Fallpräsentationen, Anweisungen an Pflegekräfte etc.).

Zu solch einem handlungsorientierten Unterricht gehören zwangsläufig realitätsnahe Lernmaterialien. Engagierte Dozentinnen und Dozenten in Ärztekursen zählen es zu ihren Aufgaben, vor Ort, in der Klinik, authentische Dokumente zu sichten und zu sammeln – möglichst auch dies gemeinsam mit den Teilnehmenden – und dieses Material im Unterricht als Lernstoff einzusetzen: von Anamnese- und Untersuchungsbögen über Aufklärungsdokumente bis zu (anonymisierten) Entlassungsbriefen.

Dieses Material didaktisch aufzubereiten und in Eigenregie geeignete Unterrichtsvorlagen daraus zu entwickeln, gehört zum zeitintensivsten Teil der Unterrichtsvorbereitung von Sprachlehrkräften im Krankenhaus. Die Ärztinnen und Ärzte jedoch wissen es ihnen mit hoher Motivation zu danken: Statt aus Lehrwerken zu büffeln, trainieren sie exakt das, was sie im eigenen Stationsalltag brauchen.

2. Medienkompetenz in Medizinerkursen

Der Widerspruch ist offensichtlich: Auf der einen Seite betonen Verantwortliche, dass begleitendes Online-Lernen in Medizinerkursen von größter Bedeutung ist – allein schon wegen der vielen dienstbedingten Fehlzeiten der Ärzte im Unterricht. „Blended Learning", also die Verbindung von Internetlernen und Präsenzunterricht, sei der entscheidende Schlüssel, um zeit- und ortsunabhängig üben und Lernkontinuität sichern zu können. Auf der anderen Seite jedoch steht die nüchterne Feststellung: Bei Nachfragen unter Kursträgern findet sich kaum ein einziger Medizinerkurs, in dem eine virtuelle Lernplattform tatsächlich eingesetzt wird.

Ganz offensichtlich hat dieses Missverhältnis damit zu tun, dass sich die meisten Lehrkräfte im Alltag der Unterrichtsvorbereitung mit dem Aufbau eines Internetangebots überfordert fühlen. In den eigenen Fortbildungen haben sie zuvor meist selbst Online-Plattformen genutzt, doch in der Praxis laufender Kurse fehlt ihnen für das Bereitstellen digitalen Lernmaterials oft die Zeit, oft die Kompetenz und gelegentlich auch beides.

Und, zweites Hindernis: Sind die Lehrkräfte dann doch einmal erfolgreich, stellen sie oft fest, dass ihre Teilnehmenden – unter dem Druck einer enormen beruflichen Belastung – vom zusätzlichen Lernangebot nur spärlich Gebrauch machen. Viele der chronisch überlasteten Ärzte ringen im Arbeitsalltag um jede freie Minute, tun sich ohnehin mit Hausaufgaben schwer und finden entsprechend auch fürs digitale Lernen wenig Zeit.

Was hilft, ist das Prinzip „Weniger ist mehr": Kursleitende wie auch Teilnehmende brauchen schlanke, einfache Einstiegswege ins virtuelle Lernen.

Was ist Medienkompetenz?

Lehrkräfte benötigen Medienkompetenz. Auch unter Sprachkursträgern ist diese Forderung heute zum Allgemeinplatz geworden. Doch so regelmäßig das neue Schlagwort Kursleitenden begegnet, so verschwommen bleibt es; die einen denken an das Know-how, einen Beamer mit einem Laptop zu verbinden, andere an die datensensible Nutzung von Facebook und Co. und wieder andere an den Einsatz von Lernsoftware im Unterricht. Und für viele Lehrkräfte ist Medienkompetenz vor allem eins: ein diffuser Erwartungsdruck, dem der eigene Unterricht nur selten standzuhalten scheint.

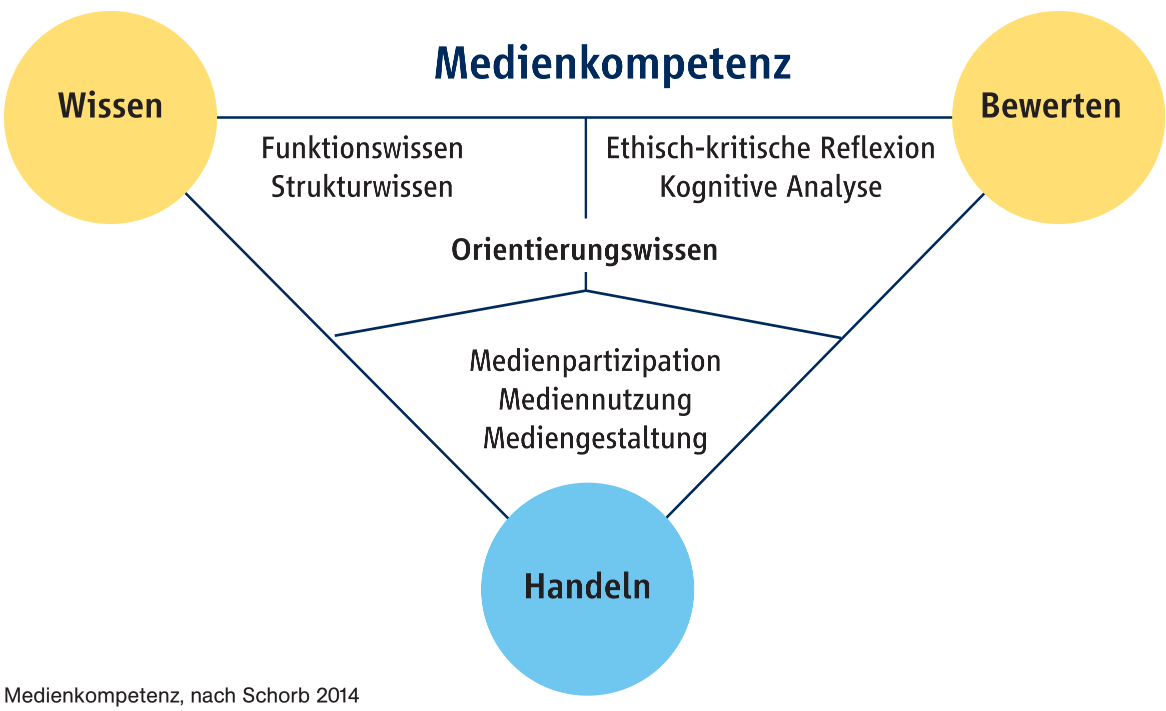
Was also bedeutet Medienkompetenz? Unter Medienwissenschaftlern kursieren Dutzende von Definitionen; am häufigsten wird jedoch, auch in der Sozial-, Erziehungs- und Sprachwissenschaft, eine Umschreibung des Pädagogen Dieter Baacke aus den 1990er Jahren zitiert: Medienkompetenz sei die Fähigkeit, „Medien und die dadurch vermittelten Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend effektiv nutzen zu können". Baacke fächerte den Begriff in vier einzelne Kompetenzen auf (vgl. Baacke 1997):

- **Medienwissen:** Informationen zu Medien und ihrer Bedienung haben
- **Medienkritik:** Analytisch, reflexiv, verantwortlich mit Medien umgehen
- **Mediennutzung:** Medien rezeptiv und interaktiv nutzen
- **Mediengestaltung:** Medien innovativ und kreativ (weiter-)entwickeln

Im Kern haben all diese Fähigkeiten in den seither vergangenen 20 Jahren nichts von ihrer Bedeutung verloren; doch die Abgrenzungen sind durch die rasante Entwicklung des Web 2.0 ins Fließen geraten. Besonders die „Nutzung" und die „Gestaltung" von Medien sind mit der Etablierung von Blogs, Wikis, interaktiven Plattformen, Twitter, Facebook und anderen Netzwerken zusammengewachsen: Internet-Nutzer sind zu Internet-Anbietern geworden, und gerade für Sprachlehrende ergeben sich ganz neue Unterrichtschancen, seit sie digitale Inhalte ganz unkompliziert in Eigenregie erstellen und ihren Lernern selbst anbieten können.

Auch für Kursleitende in Medizinerkursen gilt denn auch der vom Medienpädagogen Bernd Schorb vorgegebene Maßstab, nach dem digitale Nutzungs-, Gestaltungs- und Beteiligungskompetenzen heute als „Medienhandeln" zusammengehören.

Zum kompetenten Umgang mit Technik, so Schorb, gehören heute wie einst gute Kenntnisse der Medien und ihrer Inhalte (Strukturwissen) ebenso wie instrumentell-qualifikatorische Fertigkeiten (Funktionswissen); und beide werden im Zusammenspiel mit einer kognitiven und ethisch-kritischen



Medienkompetenz, nach Schorb 2014

Bewertung, auch zur gesellschaftlichen Einbettung von Medien, zu nützlichem „Orientierungswissen". Doch heute entstehen auf dieser Grundlage für alle Nutzer neue Chancen zum eigenen, aktiven Handeln – zur Teilhabe an der Gesellschaft und ihren Medien (Medienpartizipation), zum Einsatz digitaler Kommunikationswerkzeuge (Mediennutzung) und zur eigenen Herstellung und Bearbeitung medialer Produkte (Mediengestaltung).

Für eher internetferne Lehrkräfte überbringen Medienwissenschaftler wie Schorb damit eine doppelte Botschaft, nämlich Bestätigung einerseits – ja, es bleibt richtig, kundig und kritisch an Medien heranzugehen – und Anstoß zum Umdenken andererseits: Die Chancen, digitale Medien und ihre interaktiven (Lern-)Möglichkeiten selbst anzubieten, waren noch nie so groß wie heute. Der eigene Mediengebrauch und das Anbieten digitaler (Lern-)Inhalte müssen, anders als noch vor 20 Jahren, keine getrennten Welten mehr sein; die neuen Apps, Blogs, Clouds und viele weitere Anglizismen mehr machen es möglich. Auch für wenig technikaffine Deutschdozenten könnte darin eine Schlüsselidee stecken, wenn es um einen schlanken Einstieg in begleitende Internetangebote geht: Warum nicht einfach mit den bescheidenen Techniken, den einfachen Kommunikationswerkzeugen starten, die privat und beruflich längst zum eigenen Alltag gehören – und dann allmählich, in kleinen Schritten, weitere mediale Nutzungschancen entdecken und ins Kursangebot einbeziehen?

Digital kommunizieren

So führt der Weg zur Medienkompetenz auch für Kursleitende in Medizinerkursen über die aktive „Medienaneignung" (Schorb 2014), und Lehrkräfte sollten prüfen, ob nicht bereits auch manche ihrer ohnehin schon etablierten digitalen Gewohnheiten im Unterricht nützlich sein können – wie zum Beispiel ihr ganz alltäglicher, persönlicher Gebrauch virtueller Kommunikationsmittel wie E-Mail, SMS, WhatsApp & Co..

Schon dafür braucht es zweifellos, der zitierten Definition folgend, einen kundigen, reflektierten und aktiven Umgang mit Medien. So können und sollten Deutschlehrende in Medizinerkursen abwägen, ob sie im Unterricht nicht doch häufiger und systematischer E-Mails einsetzen möchten: Müssen Lehrkräfte wirklich, wie manche glauben, um den Schutz ihrer Privatsphäre fürchten, wenn sie von ihrer eigenen Mailadresse aus den Teilnehmern elektronische Post mit Informationen und Aufgaben senden? Und andererseits: Entstehen durch solche Mails nicht überaus wertvolle neue Lernchancen, wenn Dateien mit Aufgaben angehängt oder Links zu Videos, Blogs, Online-Lernaufgaben integriert werden?

Etwas schwieriger wird die Abwägung erst, wenn auch Smartphones ins Spiel kommen. Nicht so sehr wegen ihrer „klassischen" Funktionen – Telefonate sind zur Kursorganisation ohnehin selten erforderlich und SMS kaum geeignet (insofern mit ihnen weder Links noch Anhänge verschickt werden können) –, sondern wegen ihrer Internetfähigkeit, die den Lehrkräften heute ganz neue methodische Möglichkeiten eröffnet: Mit Nachrichtendiensten wie WhatsApp, Threema oder dem Facebook Messenger können Dozenten ihre Kursteilnehmer besser denn je aktiv in den Lernprozess einbeziehen.

Da ist dann ohne Zweifel Medienkompetenz gefragt, zwar nicht im technisch-instrumentellen Sinne (die Einstiegshürden in WhatsApp sind mit wenigen Klicks gemeistert), wohl aber in der Abwägung von Chancen und Risiken: Auf der einen Seite, anders als bei der Mailadresse, mögen hier nun doch Sorgen um Persönlichkeitsrechte ins Spiel kommen – ist es doch in der Regel die private Telefonnummer, die im Netz verbreitet wird. Auf der anderen Seite aber eröffnet sich hier ein noch aussichtsreicherer Zugang zur Beteiligung der Lernenden: Die meisten der jungen Ärztinnen und Ärzte nutzen WhatsApp im eigenen Alltag ohnehin und können so jederzeit auf ihrem Smartphone, ob im Dienstzimmer oder in der U-Bahn, Übungsmaterial ihrer Dozenten empfangen und bearbeiten. Und auf Seiten der Lehrkräfte braucht es weder besondere IT-Kenntnisse noch einen hohen Zeitaufwand, um via WhatsApp zum Beispiel Gruppen bilden, Nachrichten senden, Dateien anhängen und Links auf Videos und Internetseiten verschicken zu können. Warum also nicht einen Versuch wagen?

Die Vielfalt des Internets nutzen

Ob per Smartphone oder Tablet unterwegs, per Laptop oder PC zu Hause oder per Whiteboard und Beamer im Kursraum: Zur Verbesserung der Deutschkenntnisse ausländischer Ärztinnen und Ärzte ist ein Zugang zum Internet heute fast ein Muss. Das Spektrum der Übungsmöglichkeiten ist enorm – und angesichts der unüberschaubaren

Vielfalt der Angebote gehört es für Kursleitende längst zur nötigen Medienkompetenz, die Komplexität des Netzes bündeln, ordnen und begrenzen zu können.

Die ärztliche Kommunikation im Krankenhaus beispielsweise ist das Thema zahlreicher Webseiten, die Lehrkräfte teils zur Vorbereitung, teils im Unterricht einsetzen können. Gerade für den alltäglichen Kampf ausländischer Ärzte, im Gespräch mit Patienten die richtigen umgangssprachlichen Umschreibungen für medizinisches Fachvokabular zu finden (und auch zu verstehen), gibt es durchaus Hilfestellungen im Netz – informative Webangebote, mit denen die Wortschatzarbeit der Ärzte hervorragend unterstützt wird.

- Der interaktive **„Körperatlas“** der Apotheken-Umschau leistet den Ärztinnen und Ärzten gute Dienste beim Erlernen der nicht-wissenschaftlichen Begriffe zur menschlichen Anatomie bzw. der dafür nötigen Transfersprache in der Patientenkommunikation (http://www.apotheken-umschau.de/Koerperatlas).
- Dem gleichen Zweck dient der ebenfalls interaktive „**Symptom-Checker**“ des Gesundheitsportals Net-Doctor: Hier werden für die meisten Krankheiten präzise standardsprachliche Frageformulierungen präsentiert, auf die fremdsprachige Ärztinnen und Ärzte im Anamnesegespräch getrost zurückgreifen können (http://www.netdoktor.de/service/symptom-checker).
- Die Plattform **„IMED-KOMM“** bietet einen Online-Kurs „Deutsch für ausländische Ärzte und Ärztinnen“ sowie einen speziellen Übungsbereich zur Patientenkommunikation. Mit vielen Audio-Dateien, Texten, Videos und interaktiven (meist Zuordnungs-)Übungen können fremdsprachige Ärztinnen und Ärzte ihren Wortschatz und ihr Hör- und Leseverstehen in der Krankenhauskommunikation verbessern (http://www.imed-komm.eu).
- Auch durch **Doku-Serien im Fernsehen** können ausländische Ärzte durchaus nützliche Einblicke in den Alltag der Krankenhauskommunikation in Europa gewinnen. Auf YouTube finden sich viele ältere Folgen der Dokumentationen „Junior Docs“ (Deutschland, ZDF neo), „Die jungen Ärzte“ (Deutschland, Vox) und „Die Schule der Ärzte“ (Frankreich, arte): In Auszügen, gut vorbereitet und didaktisch aufbereitet können diese Doku-Filme im Unterricht wichtige Redeanlässe und Einstiege in Wortschatzübungen bilden (https://www.youtube.com).
- Sprachlehrkräfte finden im **„Portal Medizin“** der Wikipedia Unterstützung beim Einstieg ins fremde Fachgebiet. Durch seine systematische Ordnung hilft dieses Portal den Dozenten, sich in der Vielfalt medizinischer Informationsangebote im Netz zurechtzufinden (mehr als 44.000 Medizinbeiträge gibt es allein in der deutschprachigen Wikipedia): Es ermöglicht den Kursleitenden eine erste Tuchfühlung mit medizinische Themen, sortiert nach Fachrichtungen, Stichworten, fachlichen Abkürzungen usw. (http://de.wikipedia.org/wiki/Portal:Medizin)

Guter Medizinerunterricht heißt, die Krankenhausrealität in den Kursraum zu holen – und von dort zum jeweils passenden Deutschlerntipp springen zu können. Medienkompetenz von Deutschlehrkräften in Medizinerkursen bedeutet darum auch, die für ausländische Ärztinnen und Ärzte geeigneten Online-Sprachlernangebote sichten, ordnen und auswählen zu können: Kein Medium erlaubt einen schnelleren Zugriff auf sprachbezogenes Übungsmaterial als das Internet – und keines ist komplexer und unübersichtlicher.

Für Kursleitende in Medizinerkursen gibt es ebenso systematische, didaktische Gründe wie auch immer wieder kurzfristige Anlässe, in unzähligen Unterrichtsstunden auch auf allgemeinsprachliche Übungen zurückzugreifen. Und das Internet hält eine Unmenge von DaF- und DaZ-Lernmodulen bereit: Lückentexte, Lernspiele, interaktive Übungen, Vokalbeltrainer, Arbeitsblätter, Grammatikeinführungen, Videos, Audios, Lernprogramme … Die Zahl der Online-Übungsangebote im deutschsprachigen Internet ist unüberschaubar, und sie liegt eher im vier- als dreistelligen Bereich.

Die Vielfalt des Angebots zu bändigen: Das ist hier die entscheidende Medienkompetenz von Sprachlehrkräften. Hilfreich immerhin sind in dieser Situation einige Portale für den Deutschunterricht, die sich als „Drehkreuz“ anbieten und mit systematischer Sortierung und kommentierten Linksammlungen zu den passenden Übungsaufgaben führen:

- Das **„Forum Deutsch als Fremdsprache"** des Instituts für Internationale Kommunikation (IIK) bietet neben einer übersichtlichen Linksammlung eine „Ressourcen-Datenbank" mit über 1.100 Einträgen von Übungsmaterialien, die unter anderem nach Fertigkeiten, Übungstyp und Lernniveau sortiert werden können (www.deutsch-als-fremdsprache.de) .
- Die Plattform **„Deutsch-Portal.com"** des Cornelsen Verlags sammelt im Bereich „Materialien" über eigene Verlagsangebote hinaus Links, Arbeitsblätter und Übungstests, sortierbar zum Beispiel nach Übungsformen, Sprachniveau oder Sozialformen (www.deutsch-portal.com).
- Im Wiki **„Deutsch als Fremdsprache**" finden Lehrkräfte nicht nur zu Online-Programmen und -Materialien Zugänge, sondern auch zu zahlreichen Unterrichtsideen sowie didaktischen und methodischen Informationsangeboten (http://wikis.zum.de/zum/Deutsch_als_Fremdsprache).

Lernplattformen einsetzen

Komplexität reduzieren, den einfachen Weg finden: Eben dies sollte auch das Motto sein, wenn es um die Organisation einer kursbegleitenden Lernplattform geht. Denn es muss nicht immer moodle sein, und schon gar nicht das komplette Audio-, Video-, Whiteboard-Programm kommerzieller E-Learning-Anbieter: Ein Einstieg ins „Blended Learning" ist bereits mit einfachen, leicht bedienbaren Online-Speichern möglich, mit dropbox, google drive und manchen weiteren – ebenfalls nützlichen, ebenfalls kostenlosen – virtuellen Speichermöglichkeiten.

Die wichtigste Medienkompetenz fürs Online-Lernen in Medizinerkursen scheint denn auch – weit vor allem technischen Know-how – das kundige Bewerten der vielen digitalen Möglichkeiten, und das heißt vor allem: das gewissenhafte Durchdenken und kritische Überprüfen der eigenen E-Learning-Pläne. An erster Stelle sollte immer die gründliche Überlegung stehen: Wofür brauchen wir in unserem Kursalltag für welches Lernziel welchen virtuellen Austausch?

Sicher ist: Schon das einfache Bereitstellen von Kursdokumenten und -übungen im Internet kann für Krankenhausärztinnen und -ärzte, die in Nacht- und Wechselschichten arbeiten, enorm viel wert sein. Wer den Unterricht ständig aus dienstlichen Gründen absagen, unterbrechen oder vorzeitig verlassen muss, wird dankbar sein, wenn er den entgangenen Lernstoff zu Hause im Internet finden und zeit- und ortsunabhängig bearbeiten kann. Jenseits dieser Feststellung aber beginnen für Kursleitende die Fragen nach dem effektiven Bedarf im Kurs, den gewünschten Einsatzmöglichkeiten eines Lernsystems, den technischen und zeitlichen Anforderungen, dem Aufwand und Nutzen für die verschiedenen Beteiligten. Hilfreich kann da zunächst eine einfache Checkliste sein, die zum Beispiel folgende Fragen beinhalten kannn (siehe Tabelle unten).

In der Regel hilft also auch hier die Orientierung an „smarten" Lösungen. Gewöhnlich werden für Medizinerkurse die in Punkt 1 bis 8 angesprochenen Möglichkeiten völlig ausreichen und damit die gemeinsame Nutzung einer „Datenwolke" im Internet: Online-Clouddienste wie dropbox, google drive oder Telekom Cloud halten den Zeit- und Technikaufwand für Kursleitende wie Teilnehmende denkbar gering und erlauben das zeit- und ortsunabhängige Lernen fast ebenso effizient wie „klassische" Lernplattformen. Die Anmeldung erfolgt bei diesen und anderen Anbietern einfach mit demselben Passwort für alle Beteiligten; ein automatisches Synchronisieren der Daten mit der privaten Festplatte – und damit die Installation einer Software – kann, aber muss nicht sein; und die Nutzung aller drei Angebote ist bis zu einem bestimmten Datenvolumen kostenlos.

Die Entscheidung zwischen diesen (und weiteren) Cloud-Angeboten können und sollten Kursleitende wiederum getrost an bereits bestehende Nutzungsgewohnheiten koppeln: Viele Dozenten nutzen ohnehin die dropbox zur Datensicherung, und mehr sogar noch, auch unter den Teilnehmenden, sind bereits bei einem der Google-Dienste (gmail, google plus) angemeldet. Die Telekom Cloud andererseits mag für manche Lehrkräfte das Kriterium „Datenschutz" auf ihrer Seite haben (wegen der Speicherung in Deutschland), während die besonders unkomplizierte Online-Zusammenarbeit wiederum eher für google drive sprechen mag.

Und falls sich – vielleicht in einer späteren Phase des Kurses – das Interesse am „Blended Learning" weiter verdichten sollte, kann immer noch zu einem „richtigen" Lernmanagementsystem gewechselt werden. Moodle jedenfalls, eigentlich die „Mutter" aller Online-Lernplattformen in der Hochschul- und

Erwachsenenbildung, wird Kursleitende nicht vor unüberwindliche Probleme stellen: Programmierkenntnisse sind auch hier nicht erforderlich, allenfalls die anfängliche Installation verlangt dem Kursleitenden ein wenig Datenbank-Know-how und Einarbeitungsaufwand ab (und dem Kursträger die Bereitstellung eines Webservers und einer Webseite).

Am Ende jedenfalls zählt auch hier Probieren nicht weniger als Studieren. Und Lehrkräfte, die beides zusammenbringen möchten, finden in ganz Deutschland zahlreiche Blended- und E-Learning-Fortbildungsangebote: Viele VHS-Landesverbände bieten gute Einführungen ins digitale Unterrichten in Sprachkursen; und einige – wie der Volkshochschulverband Thüringen – veranstalten sogar spezielle Fortbildungen fürs Blended Learning in berufsbezogenen Deutschkursen (siehe weiter unten „Schulungen und Fortbildungen“).

Online-Plattformen für Medizinerkurse	
1. Soll die Plattform dazu dienen, den Teilnehmenden Übungsmaterial zum Herunterladen, Ausdrucken, Bearbeiten bereitzustellen?	**Zur groben Orientierung:** Wenn nur die Fragen 1 bis 8 mit „Ja“ beantwortet werden, ist der Einstieg in die Nutzung einer Lernplattform für Kursleitende wie Teilnehmende denkbar einfach – es genügen Online-Speicherangebote wie dropbox oder google drive.
2. Soll es einen passwortgeschützten Zugang zur Plattform geben?	
3. Soll vermieden werden, dass die Teilnehmer zur Nutzung auf ihrem Computer eine zusätzliche Software installieren müssen?	
4. Sollen Kursleitende wie Teilnehmende gleichermaßen das Recht haben, auf der Plattform Texte, Bilder, Audios, Videos zu speichern?	
5. Soll es möglich sein, Linksammlungen mit direkten Zugängen zu Sprachlernübungen, medizinischen Fachinformationen, YouTube-Filmen etc. bereitzustellen?	
6. Soll den Teilnehmenden ermöglicht werden, kooperativ in Partner- oder Gruppenarbeit an Texten zu arbeiten?	
7. Soll ein gemeinsamer Kurskalender zur Vereinbarung und Kommentierung von Terminen geführt werden?	
8. Soll die Lernplattform kostenlos sein?	
9. Sollen technisch vorgefertigte Übungstypen (Multiple Choice-, Zuordnungs-, Richtig/Falsch-Aufgaben, Lückentexte) zur Verfügung stehen?	Wenn auch die Fragen 9 bis 13 bejaht werden, entsteht ein gewisser Einarbeitungsaufwand für die Kursleitenden – der aber, vor allem im Fall der Lernplattform moodle, in einigen (Wochenend-)Stunden bewältigt werden kann.
10. Sollen als integraler Bestandteil der Lernplattform auch einfache Kommunikationswerkzeuge (Chat, Diskussionsforen) benutzt werden?	
11. Sollen die Kursleitenden in der Lage sein, die Aktivitäten und Nutzungszeiten der einzelnen Teilnehmer zu kontrollieren?	
12. Sollen Kursleitende und Teilnehmende individuell verschiedene Zugänge haben, mit unterschiedlichen Rollen, Rechten, Zugangsdaten?	
13. Soll es möglich sein, dass der jeweilige Kursträger die Lernplattform in seine eigene Webseite einfügt?	
14. Sollen unmittelbar auf der Lernplattform auch Audio- und Videokonferenzen möglich sein?	Falls auch die Fragen 14 bis 16 bestätigt werden, ergibt sich für die Kursleitenden nicht unbedingt ein höherer Zeitaufwand – aber für den Kursträger ein nicht unerheblicher Kostenaufwand.
15. Wird im Präsenzunterricht des Kurses ein elektronisches Whiteboard verwendet und soll dieses mit der Plattform verknüpft werden?	
16. Sollen Verwaltungsaufgaben des Kursträgers (Anmeldeformalitäten, Abrechnung kostenpflichtiger Angebote etc.) integriert werden?	

3. Anforderungsprofil

Wir haben im vorigen Kapitel beleuchtet, was die Qualität eines guten Medizinerkurses ausmacht. Auf der Grundlage dieser Überlegungen kommen wir nun zu einem konkreten Anforderungsprofil für Kursleiterinnen und Kursleiter. Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Anforderungen in Form einer Checkliste gegeben, die im Anschluss erläutert wird.

Checkliste: Anforderungsprofil Kursleiterin/Kursleiter

- **Sprachniveau:** Erstsprachler/-in oder sicheres C2-Niveau
- **Erfahrung:**
  - mit Prüfungsvorbereitung und -durchführung
  - mit Sprachkursen auf möglichst vielen Niveaustufen
  - mit berufsorientierten Sprachkursen
- **Kompetenz:**
  - Methodenkompetenz: Durchführung von Kommunikativem Unterricht mit Teilnehmer-, Bedarfs- und Handlungsorientierung
  - Sensibilität und Reflexivität im Umgang mit kulturrelevanten Themen
  - Durchführung von Bedarfsermittlung
  - Materialerstellung und Didaktisierung von authentischem Material
  - Medienkompetenz
- **Bezug zu Medizin:** Affinität zu und professioneller Umgang mit medizinischen Themen
- **Weiterbildung:** grundlegende Weiterbildung wie z. B. „Lehrgang: Zertifizierter Dozent (m/w): Deutsch für medizinische Fachkräfte“ und Bereitschaft zur kontinuierlichen Weiterbildung
- **Persönlichkeit:** sicheres und kompetentes Auftreten im Kurs und am Arbeitsplatz der Ärztinnen und Ärzte

Sprachniveau

Sehr gute Deutschkenntnisse sind eine grundlegende Voraussetzung, um Sprachkurse für internationale Ärztinnen und Ärzte zu leiten. Wie bereits beschrieben umfassen die sprachlichen Bedarfe internationaler Medizinerinnen und Mediziner Inhalte der höchsten Niveaustufen. Dementsprechend sollten Kursleitende entweder Erstsprachler sein oder ein sicheres C2-Niveau haben.

Erfahrung mit Prüfungsvorbereitung und -durchführung

Je nach Kurskonzept und Situation der Teilnehmenden kann Prüfungsvorbereitung und -durchführung ein Bestandteil des Medizinerkurses sein. Aber selbst wenn keine konkrete Prüfungsvorbereitung oder -durchführung im Kurs vorgesehen ist, sind Erfahrungen in diesem Bereich besonders wertvoll und tragen zur Kursqualität bei.

Erfahrung mit Sprachkursen auf möglichst vielen Niveaustufen

Erfahrung in der Durchführung von Kursen auf vielen verschiedenen Niveaustufen ist aufgrund der speziellen Situation der internationalen Ärztinnen und Ärzte notwendig. Sprachstandsmessungen, die zu Beginn von Kursen durchgeführt werden, zeigen häufig folgende Ergebnisse: Die Sprachkompetenzen der Teilnehmenden sind in den verschiedenen Bereichen (rezeptive, produktive, mündliche, schriftliche Kompetenzen) sehr unterschiedlich. So

kommt es vor, dass die produktiv mündliche Kompetenz (Sprechen) deutlich über dem Niveau B2 und die rezeptiv schriftliche Kompetenz (Lesen) gleichzeitig deutlich unter diesem Niveau liegt. Dementsprechend müssen in Deutschkursen für diese Zielgruppe Inhalte aus vielen (möglicherweise allen) Niveaustufen je nach speziellem Bedarf zusammengestellt werden und Kursleitende müssen Erfahrung in der Vermittlung dieser Inhalte haben.

Erfahrung mit berufsorientierten Sprachkursen

Wie oben bereits beschrieben, sind die sprachlichen Anforderungen am Arbeitsplatz der Ärztinnen und Ärzte sehr vielfältig und speziell. So wird im Rahmencurriculum der telc gGmbH erklärt, dass es schwierig ist, die anerkannten Kann-Beschreibungen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens auf den medizinischen Kontext zu übertragen:

> *„Einerseits würden die allgemeinen Kann-Beschreibungen der komplexen Verwendungssituation von Sprache so nicht gerecht. Andererseits ergeben sich auch spezielle Ausformungen der Sprache, die eine Neuinterpretation mancher Deskriptoren notwendig machen. So ist die Komplexität sprachlicher Strukturen zum Beispiel ein Merkmal der GER-Stufe C1. Im Krankenhausalltag jedoch ist es nicht nur oft unnötig, sondern auch ineffizient und möglicherweise missverständlich, komplexe Strukturen zu verwenden. Wer anstatt der einfachen Aufforderung ‚Klemme!' im OP höflich anfragt, ob die OP-Schwester so nett sein könne, doch einmal eine der bereitgelegten Klemmen anzureichen, verkompliziert die Arbeit unnötig und verwendet eben keine angemessene Sprache. Daraus folgt, dass die für die Prüfung telc Deutsch B2–C1 Medizin relevanten Stufen B2 und C1 in Teilen neu interpretiert werden müssen, dass der Unterricht entsprechend anzupassen ist und schließlich die Abschlussprüfung im Bereich der produktiven Kompetenz nicht ausschließlich auf die gewohnten Merkmale fortgeschrittener bildungssprachlicher Sprachverwendung fokussiert sein darf." (telc Rahmencurriculum 2014, S. 24)*

Dieses Zitat bestätigt, dass Deutschkurse für Ärztinnen und Ärzte nicht mit denselben Inhalten und didaktischen Überlegungen durchgeführt werden können wie Kurse, in denen akademische Sprache vermittelt wird. Dementsprechend ist es sehr hilfreich, wenn Kursleiterinnen und Kursleiter, die noch keine Erfahrung mit Kursen für Ärztinnen und Ärzte haben, doch zumindest Erfahrung mit arbeitsplatzbezogenem Unterricht haben.

Methodenkompetenz: Durchführung von kommunikativem Unterricht mit Teilnehmer-, Bedarfs- und Handlungsorientierung

Wie oben bereits dargestellt nennen Beckmann-Schulz und Kleiner in ihrem „Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache" drei Prinzipien, die zur Orientierung bei der Unterrichtsplanung und zur Reflexion von Unterricht dienen sollen: Handlungs-, Bedarfs- und Teilnehmerorientierung. Die Ausführungen der Autoren werden in der folgenden Tabelle zusammengefasst. Zunächst wird jeweils das Ziel, welches mit den drei Orientierungen angestrebt wird, stichpunktartig wiedergegeben. Danach werden die zur Umsetzung notwendigen Kompetenzen der Kursleitung aufgeführt. Zuletzt werden exemplarisch einige praktische Möglichkeiten der Umsetzung im Unterricht genannt.

	Handlungs-orientierung	Bedarfs-orientierung	Teilnehmer-orientierung
Ziel	Erleichterung der ziel- und partneradäquaten Kommunikation in realen Situationen	Erwerb von erforderlichen sprachlich-kommunikativen Fertigkeiten für die Arbeitspraxis	Lernen als aktive Konstruktionsleistung der Teilnehmenden
Kompetenz der Kursleitung	• Beteiligung der Teilnehmenden an der Planung, Durchführung und Evaluation von Unterricht • Orientierung an realen sprachlichen Anforderungen, die für die Teilnehmenden bedeutungsvoll sind (Aufgabenorientierung) • Anregung zur Reflexion • Betonung interaktiver Lernformen • Fördern ganzheitlichen Lernens	• Ermittlung sprachlicher Bedarfe • Nutzung der Ergebnisse der Bedarfsermittlung für die Unterrichtsplanung, -durchführung und Materialerstellung	• Orientierung an verschiedenen Bedürfnissen und Lernwegen der Teilnehmenden • Transparenz: Teilnehmende können Relevanz der Inhalte erkennen • wertschätzende Haltung gegenüber den Teilnehmenden
praktische Umsetzung	• Teilnehmende werden angehalten, sprachlich schwierige Situationen bei der Arbeit zu dokumentieren • Teilnehmende bringen komplizierte Texte vom Arbeitsplatz mit und diese werden im Unterricht behandelt • Projektarbeit • realitätsnahe Rollenspiele • Besuche am Arbeitsplatz • Aufgaben zur Informationsbeschaffung • …	• Anwendung von Methoden der Bedarfsermittlung: Beobachtung, Befragung, Erkundung, Recherche • Materialerstellung und Unterrichtsplanung auf dieser Grundlage • …	• Inhalte orientieren sich auch an Bedürfnissen der Teilnehmenden • verschiedene Lernwege der Teilnehmenden haben Raum im Unterricht • Biographien und Lebenserfahrungen der Teilnehmenden werden einbezogen • …

(vgl. Beckmann-Schulz; Kleiner 2011, S. 25–28.)

Die Tabelle veranschaulicht, dass die Umsetzung von Teilnehmer-, Bedarfs- und Handlungsorientierung mit den übrigen in der „Checkliste: Anforderungsprofil Kursleiterin/Kursleiter“ genannten Kompetenzen zusammenhängen.

Sensibilität und Reflexivität im Umgang mit interkulturellen Themen

Eine angemessene Umsetzung der Teilnehmerorientierung ist nur einer Kursleitung möglich, die sensibel für interkulturelle Themen ist und gemeinsam mit den Kursteilnehmenden diese Themen reflektieren kann. Im „Rahmencurriculum Deutsch Medizin B2-C1“ der telc gGmbH wird beschrieben, dass verschiedene kulturelle Hintergründe die Kommunikation zwischen Ärzten und ihren Patienten oder ihren Kollegen erschweren können (vgl. telc Rahmencurriculum 2014, S. 17–22). So kann es sein, dass Arzt und Patient eine unterschiedliche Vorstellung davon haben in welchem Maß und mit welcher Intensität Schmerzen zum Ausdruck gebracht werden, oder in welchem Maß der Patient in Entscheidungsprozesse involviert sein sollte. Kollegen im medizinischen Personal können aufgrund verschiedener kultureller Hintergründe eine unterschiedliche Vorstellung der Arbeitsaufteilung und Verantwortlichkeit haben. Unter „Teilnehmerorientierung“ wurde ausgeführt, welche interkulturellen Lerninhalte in Medizinerkursen relevant werden können.

Durchführung von Bedarfsermittlung

Unter „Lernbedarfe der Kursteilnehmenden ermitteln“ wurde am Beispiel eines konkreten Ärztekurses eine mögliche praktische Umsetzung der Bedarfsermittlung veranschaulicht. Zur Weiterbildung im Bereich der Bedarfsermittlung können Kursleiterinnen und Kursleiter beispielsweise die Angebote des IQ Netzwerkes nutzen, die ebenfalls weiter unten aufgeführt werden.

Materialerstellung und Didaktisierung von authentischem Material

Zur Umsetzung von Bedarfsorientierung sind die Didaktisierung von authentischem Material und die entsprechende Materialerstellung nötig. Im Praxisteil des vorliegenden Konzeptes sind Beispiele didaktisierten authentischen Materials zu finden. Diese Beispiele können und dürfen die eigene Materialerstellung allerdings nicht ersetzen. Sofern das Material aus dem vorliegenden Konzept sowie weiteres Material aus anderen Quellen ermittelten Bedarfen und Bedürfnissen der Teilnehmenden eines konkreten Kurses entspricht, kann es verwendet werden. Darüber hinaus werden aber in jedem konkreten Kurs spezielle Bedarfe und Bedürfnisse auftreten, für die kein passendes Material vorliegt. Hier ist es notwendig, dass die Kursleitung entsprechendes Material erstellt. Bei der Materialerstellung sollte möglichst authentisches Material verwendet werden. Dieses Material kann bei der Bedarfsermittlung gesammelt werden. Darüber hinaus sollten die Teilnehmenden, entsprechend der Handlungsorientierung, sprachlich schwierige Situationen bei der Arbeit dokumentieren und komplizierte Texte vom Arbeitsplatz mitbringen.

Medienkompetenz

Zur Umsetzung von Teilnehmer- und Handlungsorientierung kann Medienkompetenz relevant sein. Unter „Medienkompetenz“ wird weiter oben in diesem Kapitel ausführlich beschrieben, welche Teilkompetenzen die Medienkompetenz umfasst und wie diese im Unterricht eingesetzt werden können und sollen.

Bezug zu Medizin

Kursleitende für Ärztinnen und Ärzte müssen Affinität zu medizinischen Themen mitbringen und professionell mit diesen Themen umgehen können. Ob diese Anforderungen erfüllt werden, kann letztendlich nur in direktem Kontakt mit der Arbeitspraxis der Ärztinnen und Ärzte festgestellt werden. Besonders hilfreich ist eigene berufliche Erfahrung der Kursleitung im medizinischen Kontext. Wer keine solche Erfahrung hat, sollte sich darum bemühen, die Arbeitspraxis im Rahmen von Hospitationen kennenzulernen.

Weiterbildung

Es ist bereits deutlich geworden, dass sich die Anforderungen an Kursleitende in Ärztekursen von den Anforderungen an Kursleitende in anderen Deutschkursen (beispielsweise Integrationskursen) in vieler Hinsicht unterscheiden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen interessierte Kursleitende entsprechende Weiterbildungen in Anspruch nehmen. Weiter unten wird eine Übersicht über Schulungs- und Fortbildungsangebote gegeben. Eine gute Grundlage bietet der „Lehrgang: Zertifizierter Dozent (m/w): Deutsch für medizinische Fachkräfte“ der telc gGmbH (siehe „Schulungen und Fortbildungen“). Zumindest dieser Lehrgang sollte absolviert sein, bevor die Leitung eines Deutschkurses für Ärztinnen und Ärzte übernommen wird. Im Anschluss sollten weitere Fortbildungen folgen, da mit dem zweitägigen Lehrgang zwar ein guter Überblick geschaffen werden kann, aber eine weitere ausführlichere Auseinandersetzung mit den einzelnen Themen notwendig ist. Darüber hinaus ist Deutsch für internationale Ärztinnen und Ärzte ein aktuelles, relevantes, breit diskutiertes Thema. Konzepte werden erstellt, erprobt, evaluiert. Forschung wird durchgeführt, und neue Erkenntnisse werden gewonnen. Dem entsprechend sollte ein Kursleitender dazu bereit und daran interessiert sein, sich in diesem Zusammenhang fortwährend weiterzubilden.

Persönlichkeit

Die Zielgruppe wurde bereits ausführlich beschrieben. An dieser Stelle beschränken wir uns darauf hervorzuheben, dass internationale Ärztinnen und Ärzte lerngewohnt sind und einen Beruf ausüben, der in Deutschland sowie in den Herkunftsländern der Teilnehmer ein hohes Prestige genießt. Ein sicheres und kompetentes Auftreten als Kursleitende ist in diesem Kontext unabdingbar. Ein ebenso kompetentes und sensibles Auftreten ist bei Gesprächen mit den Ansprechpartnern am Arbeitsplatz der Ärztinnen und Ärzte (beispielsweise den Chefärztin-

nen und -ärzten der entsprechenden Abteilungen) und bei Arbeitsplatzbesuchen (beispielsweise zur Bedarfserhebung) nötig.

4. Schulungen und Fortbildungen

Im Folgenden wird ein Einblick in Weiterbildungsmöglichkeiten bei der telc gGmbH, dem IQ Netzwerk und den Volkshochschulen gegeben. Es ist nicht das Ziel, alle vorhandenen Angebote aufzulisten, sondern durch den Hinweis auf einige empfehlenswerte Angebote, eine Orientierungshilfe zu geben. Die Angaben zu Schulungen und Fortbildungen befinden sich auf dem Stand Mai 2016. Aktuelle Änderungen sind den jeweiligen Internetseiten zu entnehmen.

telc gGmbH

In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über die regelmäßig stattfindenden Fortbildungen der telc gGmbH gegeben. Weitere Informationen (beispielsweise zu Terminen, Orten, Anmeldung und Preisen) sind dem jeweils aktuellen Weiterbildungsprogramm der telc gGmbH zu entnehmen, dass auf der folgenden Seite heruntergeladen werden kann: *https://www.telc.net/lehrkraefte/telc-training.html (letzter Aufruf am 10.5.2016)*

Zusätzlich zu diesen Fortbildungen bietet die telc gGmbH regelmäßig kostenfreie Webinare an. Die aktuellen Themen und Termine sind auf der oben angegebenen Internetseite der telc gGmbH zu finden.

Titel	Organisatorisches	Inhalte
„Lehrgang: Zertifizierter Dozent (m/w): Deutsch für medizinische Fachkräfte“	**Umfang:** 2 Tage **Leistung:** aktive Teilnahme und 10-seitige Praxisaufgabe **Abschluss:** Zertifikat, Prüferlizenz für Teilnehmer/innen mit „telc Deutsch-Lizenz“ **Gebühren:** 265,– € für Teilnahme, zzgl. 60,– € fak. Lehrgangsgebühr im Rahmen der Zertifizierung	• Fachsprache und Sprachniveau • Zielgruppendefinition • arbeitsplatzbezogene Lernszenarien erstellen und durchführen • wirkungsvolle Unterrichtsmethoden aus der Praxis • rezeptive und produktive Fertigkeiten in medizinischen Berufen • interkulturelle Kommunikation • interkulturelle Kompetenz • effektive Prüfungsvorbereitung
„Material im Fachsprachenunterricht Medizin und Pflege. Vom Aufnahmebogen bis zur Patientenübergabe“	**Umfang:** 1 Tag **Gebühren:** 139,- €	• authentisches Material aus dem Arbeitsalltag • Materialienbörse: Wie und wo Sie (kostenloses) Material finden • telc Materialien für die Bereiche Medizin und Pflege • Vorstellung aktueller Lehrwerke und Materialien • die gelernten Methoden im Unterricht anwenden
„Szenario Krankenhaus: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Handlungsorientierter Fachsprachenunterricht“	**Umfang:** 1 Tag **Gebühren:** 109,- €	• handlungsorientierter Unterricht • Szenariotechnik • aufgabenbezogenes Lernen an konkreten Patientenbeispielen • Vorstellung einer Moodle-Plattform für medizinisches Fachpersonal
„Aussprachetraining für medizinische Fachkräfte. Der richtige Ton beim Verabreichen bitterer Pillen“	**Umfang:** 1 Tag **Gebühren:** 109,- €	• die Wichtigkeit von Tonhöhe im Deutschen • Besonderheiten bei der Wortbetonung medizinischer Fachwörter • die Rolle von Emotionen • Analyse von Videomaterial aus dem Bereich Pflege/Medizin

(vgl. Weiterbildungsprogramm der telc gGmbH)

IQ Netzwerk

Die Fachstelle „Berufsbezogenes Deutsch" des Netzwerks „Integration durch Qualifizierung" organisiert u.a. Fortbildungen für Kursleitende. Es besteht in diesem Zusammenhang eine Kooperation mit der VHS Braunschweig. Alle Fortbildungsangebote der Fachstelle sind kostenlos, aktuelle Informationen sind auf der folgenden Internetseite zu finden:
http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fortbildungen.html (letzter Aufruf am 10.5.2016)

Titel	Organisatorisches	Inhalte
„Kursleiter_innenqualifizierung Berufsbezogener DaZ-Unterricht"	**Format:** Modulare Fortbildung **Umfang:** 5 Module à 1 ½ Tage **Leistung:** Verbindliche Teilnahme an allen 5 Modulen, Mitarbeit auf tutoriell begleiteter Moodle-Lernplattform	• Anforderungen und relevante Sprachhandlungen in Arbeit und Beruf und Umsetzungs-möglichkeiten für den Unterricht • Reflexion der Lehrerrolle in berufsbezogener Sprachbildung • Kennenlernen von Unterrichtsmaterial, Auswertung für eigene Lerngruppe und Entwickeln von Trainingsmaterial, das teilnehmer- und handlungsorientiert ist • Anregung von Austausch und Vernetzung unter Kollegen
„Qualitätskriterien interaktiv für den berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache"	**Format:** Workshop **Umfang:** 5 Stunden	• Präsentation und Erprobung des Konzeptes der „Qualitätskriterien" • Besonderheiten des berufsbezogenen Deutschunterrichts • didaktische Prinzipien: Handlungs-, Bedarfs- und Teilnehmerorientierung • praktische Umsetzung in verschiedenen Kurstypen • Planung und Qualitätssicherung von berufsbezogenen Deutschkursen
Workshops zu Didaktik/Methodik	**Format:** Workshops	Unterschiedliche didaktisch-methodische Themen: • Fach- und Sprachlehrende im Team • Einzeltraining Deutsch am Arbeitsplatz
Fortbildungsreihe „Deutsch am Arbeitsplatz"	**Format:** Fortbildungsreihe **Umfang:** 4 Module à 1 ½ Tage	Angebote zur Zweitsprachförderung in Betrieben passgenau entwickeln: • Modul 1 „Sprache ist Arbeit" • Modul 2 „Sprachlernbedarfe in betrieblichen Kontexten ermitteln" • Modul 3 „Von der Bedarfsermittlung zur Angebotsplanung" • Modul 4 „Handlungsorientierte Leistungsmessung und Angebotsauswertung"

(vgl. Fortbildungsangebot des IQ Netzwerks)

Volkshochschulen und Landesverbände

An Volkshochschulen werden Fortbildungen für Kursleitende in der Regel intern kostenlos angeboten. Sie können sich bei ihrer Volkshochschule nach möglichen Angeboten erkundigen und/oder entsprechende Angebote anregen. Einige Volkshochschulen bieten allerdings auch öffentliche Fortbildungen für Kursleitende an, so findet an der VHS Braunschweig beispielsweise der Kurs „Berufsbegleitende Deutschkurse für internationale Ärztinnen und Ärzte erfolgreich gestalten“ statt. Über das aktuelle Fortbildungsprogramm der VHS Braunschweig können Sie sich hier informieren:
http://www.vhs-braunschweig.de/

Auch verschiedene VHS-Landesverbände (z.B. Bayern und Hessen) bieten unterschiedliche Fortbildungen für Kursleitende an. Die Fortbildung „Einsatz multimedialer Lehr- und Lernmedien im berufsbezogenen Deutschunterricht“ (siehe folgende Tabelle) wird beispielsweise vom Landesverband Thüringen angeboten. Über das aktuelle Fortbildungsprogramm des Landesverbandes Thüringen können Sie Sich hier informieren:
https://www.vhs-th.de/fortbildung_nomod.html?&F=8&L=0

Titel	Organisatorisches	Inhalte
„Einsatz multimedialer Lehr- und Lernmedien im berufsbezogenen Deutschunterricht“	**Umfang:** 30 Stunden, bestehend aus sechs Lerneinheiten, die in Form von Blended Learning umgesetzt werden, sodass Präsenzveranstaltungen (zwei Wochenenden) und virtuelles Lernen miteinander verknüpft werden. **Gebühren:** kostenlos	**Schwerpunkt:** Vermittlung methodisch-didaktischer Kompetenzen und handlungsorientierten Wissens im Umgang mit multimedialen Lehr- und Lernmaterialien für den berufsbezogenen Deutschunterricht.

LITERATUR

Baacke, Dieter: Medienpädagogik. Tübingen, 1997 (unveränderte Neuauflage 2007)

Beckmann-Schulz, Iris; Kleiner, Bettina: Qualitätskriterien Interaktiv. Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg, 2011

Bagossy, Betty und Renate; Györffy, Maria: Deutsch für Mediziner. Eine praktische Hilfe für Ärzte, Zahnärzte, Medizinstudenten und Krankenschwestern im Umgang mit deutschsprachigen Patienten. Passau, 2007

Bahnemann, Markus; Schrimpf, Ulrike: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikationstraining für Klinik und Praxis. Berlin/Heidelberg, 2012

Borowski, Damaris: Dokumentation und kritische Reflexion des berufsbegleitenden Kurses „Deutsch für Ärzte/innen im Krankenhaus“. 12/2014, http://www.komma-nrw.de/wp-content/uploads/2014/12/Deutsch-f%C3%BCr-Mediziner_.pdf (letzter Abruf am 10.5.2016)

Buhlmann, Rosemarie u.a.: Konzeption für die Zusatzqualifizierung von Lehrkräften im Bereich Deutsch als Zweitsprache, Goethe-Institut im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge 2005. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationskurse/Lehrkraefte/konzeption-fuer-die-zusatzqualifikation-von-lehrkraeften-pdf (letzter Abruf am 10.5.2016)

Firnhaber-Sensen, Ulrike; Rodi, Margarete: Deutsch im Krankenhaus. Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte. Berlin, 2009

Fortbildungsangebot des IQ Netzwerks: http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fortbildungen.html (letzter Abruf am 10.5.2016)

Fortbildungsangebot der VHS Braunschweig: http://www.vhs-braunschweig.de/ (letzter Abruf am 10.5.2016)

GER Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen, Europarat Straßburg, 2001, http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/ (letzter Abruf am 10.5.2016)

Rösler, Dietmar; Würffel, Nicola: Lernmaterialien und Medien. Bd. 5 der Reihe Deutsch Lehren Lernen (Hg. Goethe-Institut), München 2014

Bernd Schorb: Pädagogische Herausforderungen durch neue Medien, Vortrag zur Fachtagung „Medienkompetenz verbindet“, Potsdam 18./19.6.2014, http://www.medienkompetenz-brandenburg.de/kontrast/netzwerkportal/fachtagung-lisum-lmb/dokumentation.html (letzter Abruf am 10.5.2016)

telc Deutsch B2-C1 Medizin: https://www.telc.net/pruefungsteilnehmende/sprachpruefungen/pruefungen/detail/telc-deutsch-b2-c1-medizin.html (letzter Abruf am 10.5.2016); Weiterbildungsprogramm der telc gGmbH: https://www.telc.net/lehrkraefte/telc-training.html (letzter Abruf am 10.5.2016)

telc gGmbH: Rahmencurriculum Deutsch Medizin. Frankfurt a. M., 2014

telc gGmbH: Übungstests Deutsch B1-B2 Pflege (Vorabversion) Frankfurt a.M.: telc gGmbH, 2013

Weissenberg, Jens: Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg, 2012

Olga Grimm, Radka Lemmen

Kapitel III: Was die VHS wissen sollte



1. Zielgruppe und Kursformen

Die Zielgruppe der Sprachkurse bildet die Gruppe der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte. Zum einen sind es die sogenannten Gastärzte oder Hospitanten und zum anderen Assistenzärzte in Weiterbildung (AiW). Beide Gruppen arbeiten mehrheitlich bereits in einem Krankenhaus oder einer Klinik. Das heißt, dass für diese die Approbation oder Berufserlaubnis als Arzt oder Ärztin erteilt worden ist.

Die Gruppe der Gastärzte ist häufig nur für eine begrenzte Zeit in Deutschland tätig. Diese Zeit reicht von einigen Monaten bis zu einigen Jahren und ist oft mit dem Ende der Facharztausbildung verbunden. Einige Gastärzte werden durch Stipendien aus ihren Heimatländern unterstützt, nehmen am Weiterbildungsprogramm teil und kehren nach der Beendigung in ihr Heimatland zurück.

Teilnehmertypologie

Die nachstehende Tabelle kann als Hilfe bei der Kursplanung dienen. Aus der Teilnehmertypologie lässt sich ableiten, welche Unterrichtsstrukturen, ggf. auch Thematiken im Vordergrund der zu planenden Kurse stehen könnten. Dies betrifft sowohl Kurse im offenen Angebot als auch Firmenschulungen.

Die Lernerbiographien dieser Zielgruppe weisen zwangsläufig Unterschiede auf. Manche AiW haben über studentische Austauschprogramme oder Praktika/Famulaturen bereits einen ersten Einblick in das deutsche Gesundheitswesen erhalten. Doch in der Regel fehlt ihnen das Praktische Jahr, wie wir es in Deutschland kennen. Damit sind Ärzte mit der vorgenannten Beschreibung in ihrer fachlichen Entwicklung nicht mit einem deutschen AiW als Berufsanfänger zu vergleichen. Auf der anderen Seite gibt es aber ausländische Ärzte, die in ihren Heimatländern als Fach- oder Oberärzte bereits tätig waren und sich in Deutschland aus Existenz- oder Wirtschaftsgründen auf eine Assistenzarztstelle beworben haben und damit auch die notwendige Qualifikation besitzen. Diese Ärzte verfügen über eine langjährige Praxis, die es ihnen ermöglicht, sich relativ schnell in den Stationsalltag zu integrieren, vorausgesetzt, die Sprachkenntnisse erlauben es.

Teilnehmende	Voraussetzung für die Beschäftigung	Ziel
Gastarzt/Hospitant (häufig Teilnehmende aus den Arabischen Emiraten, Iran, Irak, Kuwait etc.)	Berufserlaubnis*	medizinische Ausbildung zum Facharzt
Arzt in Weiterbildung (AiW) (aus der EU)	Approbation	Ausbildung zum Facharzt
Arzt in Weiterbildung (AiW) (aus nicht EU-Ländern)	Auch mit einem im Ausland erworbenen Abschluss kann die Ärztin/der Arzt in Deutschland einen Antrag auf Approbation stellen. Die Approbation kann nur erteilt werden, wenn die Ausbildung als gleichwertig anerkannt wird.	Ausbildung zum Facharzt

* Wenn die Ärztin/der Arzt nur für einen begrenzten Zeitraum in Deutschland arbeiten will, kann sie/er eine befristete **Berufserlaubnis** beantragen. Diese wird in der Regel für maximal zwei Jahre ausgestellt und kann nur im besonderen Einzelfall verlängert werden. Voraussetzung für die Erteilung ist, dass sie/er eine abgeschlossene medizinische Ausbildung nachweisen kann. Die Erlaubnis kann auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Die Berufserlaubnis beinhaltet keine Anerkennung der im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen. Man kann aber mit einer befristeten Berufserlaubnis auch einen Antrag auf Approbation stellen.

Formen des berufsbezogenen Deutschunterrichts

Im offenen Kursangebot der VHS findet sich der ausgeschriebene Kurs am ehesten in der Sparte der Kurse Deutsch als Fremdsprache bzw. Deutsch als Zweitsprache. Dabei ist das Ziel des Kurses auch explizit genannt – es handelt sich um einen berufsbezogenen/berufsorientierten Deutschkurs.

Bei der Kursausschreibung bemühen sich die VHS oft, den Kurs auf einem bestimmten GER-Niveau (B2/C1) anzusiedeln. Dahinter verbirgt sich der Wunsch nach einer sprachlich relativ homogenen Lerngruppe. Diese gewünschte sprachliche Homogenität bringt aber eine thematische Heterogenität mit sich: In einem Kurs lernen Internisten mit Orthopäden und Neurologen sowie Anästhesisten zusammen. Damit wachsen die Kompetenzanforderungen an die Kursleitung im Vergleich zu allgemeinsprachlichen Deutschkursen oder Integrationskursen.

Die VHS können davon profitieren, dass die große Mehrheit der Arbeitgeber ihren Mitarbeitern die Möglichkeit bietet, sich weiterzubilden. Dazu zählt auch der Sprachunterricht. Nur die wenigsten Krankenhäuser haben die Kapazitäten, selbst zu schu-

len. Auch wenn es an die Krankenhäuser angegliederte Pflegeschulen gibt, bedeutet das nicht, dass die dort Unterrichtenden über Erfahrungen im Vermitteln der Lerninhalte für Ärztinnen und Ärzte verfügen. Für berufsbezogene Deutschkurse gibt es dort nur selten qualifiziertes Personal. Deswegen kaufen die Arbeitgeber diese Leistungen bei externen Bildungsanbietern ein. Sie sind es gewohnt, maßgeschneiderte Trainings zu fachspezifischen Inhalten bei anderen Bildungsanbietern in Auftrag zu geben. Aus dieser Sicht spricht einiges für das Organisieren des Kursangebots als Firmenkurs.

Bei der Abgabe des Angebots von Seiten der VHS muss nicht notwendigerweise die Niveaustufe gekennzeichnet sein. Vielmehr geht es um eine inhaltlich überzeugende Kursbeschreibung, die es den Entscheidern möglich macht, sich für das vorgestellte Kurskonzept zu entscheiden. Das Thema der Niveaustufe kann somit in das gemeinsame Gespräch verlagert werden, in dem die Möglichkeiten der differenzierten Arbeit erläutert werden.

Auf der Planungsebene kann man analog zu Funk (2009) von **berufsbegleitenden** und/oder **berufsqualifizierenden** Sprachkursen sprechen. Auch **berufsvorbereitender** Deutschunterricht ist möglich, allerdings verfügen die Teilnehmenden in der Regel bereits über ihr berufliches Fachwissen und sind in ihren Heimatländern als approbierte Ärztinnen und Ärzte qualifiziert und zugelassen. An dieser Stelle wäre zu überlegen, ob Ärztinnen und Ärzte, die ohne berufliche Erfahrung im Heimatland als Studienabgänger nach Deutschland kommen, zu dieser Gruppe zählen würden. Das würde allerdings ganz andere Anforderungen an die Kursleitung stellen. In dieser Konstellation wäre ein solcher Sprachkurs nur im Tandem mit einem Mediziner durchzuführen, der für die Vermittlung der fachlichen Inhalte zuständig wäre.

Ob es sich um einen berufsbegleitenden oder berufsqualifizierenden Deutschunterricht handelt, wird bei der Ausschreibung in der Regel nicht näher spezifiziert. Die Beweggründe sind naheliegend: Die VHS konzentriert sich im offenen Angebot auf eine möglichst große Zielgruppe, ohne sie vorher durch Bestimmungen einzuengen.

Im Inhouse-Angebot (Firmenschulung) lässt sich differenzierter vorgehen, da auch die Absprachen bezüglich der Themen mit den Entscheidern enger verlaufen.

Wenn eine Fremdsprache **berufsvorbereitend** gelernt wird, dann haben die Teilnehmenden das Ziel, später den beruflichen Anforderungen, sprachlich gesehen, gerecht werden zu können. Dies könnte die Gruppe der Gastärzte/Hospitanten oder auch AiW sein, die sich erst seit kurzem in Deutschland aufhalten und deren Sprachkenntnisse für den Klinikalltag nicht ausreichend sind. In diesen Kursen werden berufsbezogene Inhalte im allgemeinen Fremdsprachenunterricht integriert.

Wird Deutsch **berufsbegleitend** gelernt, dann möchten die Teilnehmenden die bereits auftretenden sprachlichen Herausforderungen leichter bewältigen. Dazu zählen diejenigen, die erste Erfahrungen im deutschen Klinikalltag gesammelt haben, ihn aber nicht zufriedenstellend bewältigen können. Der Unterricht stellt eine Begleitung parallel zum ausgeübten Beruf dar. Auch hier überwiegen berufsbezogene Themen.

Berufsqualifizierend wird der Unterricht dann durchgeführt, wenn die Teilnehmenden das Ziel vor Augen haben, sich z. B. auf die Sprachprüfung oder eine andere Prüfung aus sprachlicher Sicht vorzubereiten.

2. Kursplanung

Offen oder on demand? In der VHS oder Inhouse?

Die Kurse können im **offenen Angebot** der VHS durch die Ausschreibungen im Programmheft geplant, organisiert und durchgeführt werden. Hier hat man die Möglichkeit, durch gezielte Werbung (Flyer, Homepage) auf den Kurs aufmerksam zu machen. Für diese Kurse werden sich Teilnehmende anmelden, die in unterschiedlichen Kliniken und Krankenhäusern tätig sind, oder auch solche, die noch nicht arbeiten, weil sie auf ihre Approbation warten.

Doch oft sind die Kurse in der Sparte der **Firmenkurse** angesiedelt, deren Abläufe im Leitfaden des QM festgelegt sind. Dabei kann unterschieden werden, ob diese Kurse unter dem Begriff der **Inhouse**-Veranstaltung als Firmenkurse in Krankenhäusern und Kliniken direkt durchgeführt werden oder ob sie in den Räumlichkeiten der VHS stattfinden. Die folgende Tabelle verdeutlicht die Vor- und Nachteile einer Inhouse-Schulung:

Vorteile	Nachteile
direkter Bezug zum Arbeitsort = Identifikationsmerkmal	Teilnehmende/r kann jederzeit aus dem Unterricht „rausgepiepst“ werden, d.h. zu einem (akuten) Fall gerufen werden.
kurze Wege vom Dienstort zum Kursort	Teilnehmende/r hat keine oder nicht immer die Möglichkeit, die Rolle des Arztes abzulegen. Häufig gibt es z.B. auch keine Zeit zum Umziehen.
Wenn der Unterricht in den Räumlichkeiten einer Pflegeschule stattfindet, sind die Zugriffsmöglichkeiten auf das Lernmaterial (Skelett, Anschauungsmaterial etc.) nach Absprache möglich. Zusätzliche Medien stehen häufig zur Verfügung (CD-Player, Whiteboard, Tafel etc.).	Die fehlende mediale Ausstattung und Materialien müssen in die Einrichtung transportiert werden.
Ein verspäteter Einstieg, z.B. wegen Dienstübergabe, ist möglich.	Das Kommen und Gehen kann als sehr störend wahrgenommen werden.
Authentisches Material kann vor Ort eingesehen und in den Unterricht eingebunden werden.	Die Teilnehmenden können nicht erwarten, dass Kursleitung authentische Inhalte (z.B. einen Arztbrief) fachlich korrigiert; es sind nur sprachliche Korrekturen möglich.

Die Verlagerung der Kurse in die Klinik wirft zusätzliche Fragen auf. Wenn die Kurse vor Ort stattfinden, ist es wichtig, dass z.B. der Kursraum vorher von den pädagogischen Mitarbeitern besucht und begutachtet wird. Eine kleine Checkliste als Hilfe:

Inhouse-Schulung

- ✓ Wo befindet sich der Kursraum? (Haupt-, Nebengebäude wichtig wegen der Entfernungen zwischen dem Einsatzort der Teilnehmenden und der Anfahrt der Kursleitenden)
- ✓ Wie ist er zu erreichen?
- ✓ Wie ist die Schlüsselregelung? (v.a. am Wochenende – die Kursleitung auf den Abschluss einer „Schlüsselversicherung“ aufmerksam machen)
- ✓ Was ist die eigentliche Nutzung des Raumes? (Konferenz-, Seminar- oder Schulungsraum; Eignung zu Unterrichtszwecken)
- ✓ Wer stellt was zur Verfügung? (Stifte/Kreide/Flipchartpapier/Moderationskoffer …)
- ✓ Welche Medien (Tafel, Whiteboard, Beamer, Flipchart, Stellwände …) stehen zur Verfügung und welche müssen noch transportiert/besorgt werden?
- ✓ Gibt es einen Internetzugang? Wer vergibt das Passwort? Kann das WLAN-Netz genutzt werden?
- ✓ Wenn Lehrmaterialien benutzt werden, wer besorgt sie? Sind es Lehrmaterialien, die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden? Werden sie für die TN gekauft? Erwerben die TN diese?
- ✓ Welche weiteren Rahmenbedingungen sind zu beachten? (Parkticket und Kopiermöglichkeiten für die Kursleitung vor Ort, Regelungen für Getränke bei längerem Unterricht)
- ✓ Wie wird die Anwesenheitsliste geführt? Wird eine gemeinsame Anwesenheitsliste geführt (sowohl für den Auftraggeber als auch die VHS)? An wen wird sie wann abgegeben? Gehört sie zur Abrechnung? Wozu dient sie?
- ✓ Wie verläuft die Kommunikation, wenn Teilnehmende nicht zum Unterricht kommen können? Gibt es eine Mailingliste? Bis wann müssen Unterrichtsstunden abgesagt werden?

Bedarf und Erwartungen

Wenn der Kurs im offenen Angebot verankert ist, muss bereits mit dem Ausschreibungstext definiert werden, welche Kursinhalte durchgenommen werden, damit sich möglichst viele für den Kurs interessieren und der Kurs die festgelegte Mindestteilnehmerzahl erreicht. Deswegen sollte die Ausschreibung eher allgemein formuliert sein. Die konkreten Bedürfnisse der Teilnehmenden werden somit ein Bestandteil der ersten Unterrichtsstunden und von der Kursleitung eruiert. Das kann sich als sehr motivierend für den Lernprozess der Teilnehmenden erweisen, da dadurch die angestrebten Lernziele sichtbar werden.

Deutsch für Medizinerinnen und Mediziner

Unsere Deutschkurse für internationale Ärztinnen und Ärzte trainieren die erfolgreiche Kommunikation im Beruf. Diese Kurse sind für Sie geeignet, wenn Sie schon in Deutschland arbeiten oder dies in Zukunft beabsichtigen.

Unser Team aus spezialisierten Fachdozenten verfügt sowohl über medizinische Fachkenntnisse als auch über umfangreiche Erfahrungen im Bereich Deutsch als Fremdsprache.

Merkmale unseres Unterrichts

- Unterricht in Kleingruppen (in der Regel 6 bis 12 Teilnehmer) oder Einzelunterricht
- zeitlich abgestimmt auf die Arbeitszeiten
- zugeschnitten auf den individuellen Sprachbedarf
- Orientierung an den speziellen Bedürfnissen des beruflichen Alltags
- Simulationen von Kommunikationssituationen im beruflichen Kontext, z. B. mit Kollegen und Patienten
- Training von Registerwechsel
- interaktiver, handlungsorientierter und kommunikativer Unterricht
- spezialisierte Fachdozenten mit umfassenden Erfahrungen im Unterricht Deutsch als Fremdsprache
- sprachliche Sicherheit im Berufsalltag

Deutsch für Mediziner B2+ / Deutsch kommunizieren

„Ärzte, Zahnärzte und Apotheker müssen sich mit Patientinnen und Patienten mühelos verständigen, Anamnesen erheben und über die Vor- und Nachteile von Behandlungen und Behandlungsalternativen aufklären können. Gegenüber Kolleginnen und Kollegen müssen sie sich klar ausdrücken können, damit Fehldiagnosen und falsche Therapieentscheidungen aufgrund von Verständnisfehlern ausgeschlossen sind. Dazu müssen sie ein allgemeines Sprachniveau B2 und ein Fachsprachenniveau C1 nachweisen.“ (Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz Juni 2014)

Hier erhalten Sie ein spezielles Training für die mündliche und schriftliche Kommunikation im medizinischen Arbeitsumfeld. Die Durchführung der Prüfung telc Deutsch B2-C1 Medizin kann angeboten werden.

(36 UE / 12 Termine / 198 € / vhs Meppen)

Beispiele Kursausschreibung

Bei der Durchführung des Kurses als Firmenschulung stehen den pädagogischen Mitarbeitern andere Möglichkeiten der Konkretisierung zur Verfügung. In einem oder mehreren Gesprächen mit der Klinik lassen sich spezielle Bereiche isolieren, die geschult werden sollen. Erst dann werden die Kursinhalte festgelegt.

Ob die Teilnehmenden von sich aus einen Sprachkurs besuchen, eine Empfehlung bekommen, an einem Kurs im offenen Angebot der VHS teilzunehmen, oder die Klinik selbst einen Sprachkurs initiiert, ändert nichts an der Tatsache, dass jeder wissen will, was im Sprachkurs angeboten wird. Das Krankenhaus oder die Klinik haben spezifische Bedürfnisse, deren Kenntnis ausschlaggebend für die Kurskonzeption ist.

Während des Sprachkurses und danach sollen die internationalen Medizinerinnen und Mediziner selbstständig und besser arbeiten können. In der Kommunikation mit Patienten, Angehörigen, Pflegepersonal, anderen medizinischen Fachkräften und Fachkollegen sollten sie über die passenden Redemittel, den entsprechenden themenbezogenen und in der Anwendung differenzierten Wortschatz und die nötigen unterstützenden grammatischen Mittel verfügen. Das bedeutet auch, dass die Medizinerinnen und Mediziner kommunizieren können, wann sie welche Hilfe von ihrem Oberarzt oder Chefarzt benötigen. Ebenso wird erwartet, dass sie mit dem Zuwachs an Sprachkompetenz auch am Bereitschaftsdienstsystem teilnehmen und das gängige zur Dokumentation benutzte Verwaltungsprogramm anwenden.

Des Weiteren erwartet der Arbeitgeber, dass die Tagesaufgaben reibungslos auch sprachlich realisiert werden können. Diese vielfältigen Situationen erfordern eine gezielte Anwendung des dazugehörigen Sprachregisters. Dabei sollen sich die Ärztinnen und Ärzte gemäß deutscher Kulturstandards in den Arbeitsalltag integrieren.

Die persönlichen Lernziele der Teilnehmenden lassen sich bereits vor Kursbeginn in einem elektronischen Bogen erfassen und auswerten. Dies kann

aber auch in den Unterricht verlagert werden, indem die individuellen Lernziele der Teilnehmenden gemeinsam in der Gruppe besprochen werden. Das Ergebnis ist die Priorisierung jener Themen, die möglichst für alle Teilnehmenden eine hohe Relevanz besitzen (vgl. auch Kapitel II, „Bedarfsorientierung“).

Unterrichtsthemen

Die folgende Checkliste zeigt, welche Themen die Grundlage eines Kurskonzeptes bilden können. Die Checkliste basiert auf dem alltäglichen Arbeitsablauf bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem Krankenhaus:

Die Ärztin oder der Arzt kann im Rahmen des Handlungsfeldes **Arzt/Ärztin – Patient/Patientin/Angehörige**:

- ✓ die Anamnese in den üblichen Schritten (aktuelle Anamnese, Vorerkrankungen, Medikamente und Allergien, vegetative Anamnese, Familien- und Sozialanamnese; ggf. additiv auch Spezialanamnese nach den jeweiligen Fachrichtungen) erheben
- ✓ die Anamnese dokumentieren
- ✓ patienten- und situativgerecht bei der körperlichen Untersuchung kommunizieren
- ✓ die Diagnose erläutern, erklären und weitere Behandlungsschritte darlegen
- ✓ das schwere Gespräch auch vor dem Hintergrund der Transkulturalität führen
- ✓ ein Aufklärungsgespräch vor einem Eingriff führen und dokumentieren
- ✓ ein abschließendes Entlassungsgespräch führen

Die Ärztin oder der Arzt kann im Rahmen des Handlungsfeldes **Arzt/Ärztin – Arzt/Ärztin**:

- ✓ einen Fall mündlich präsentieren
- ✓ den Patienten/die Patientin mündlich vorstellen
- ✓ die Dienstübergabe mündlich vornehmen und verschriftlichen
- ✓ Absprachen zu Dienst- und Urlaubsplänen bzw. zum Schichtwechsel treffen
- ✓ sich auf das Konsil vorbereiten, Fragen formulieren und schriftlich zusammenfassen
- ✓ einen Arztbrief gemäß der Anforderungen schreiben oder diktieren
- ✓ die Patientendokumentation führen
- ✓ eine Notiz schreiben
- ✓ sich an Fachdiskussionen beteiligen
- ✓ Fachbeiträge und Fachvorträge vorbereiten sowie präsentieren

Die Ärztin oder der Arzt kann im Rahmen des Handlungsfeldes **Arzt/Ärztin – Pflegepersonal/Verwaltung**:

- ✓ Anordnungen mündlich und schriftlich geben
- ✓ Informationen erfragen
- ✓ im eigenen Fachgebiet kommunizieren (z. B. im OP)

Diese Kann-Beschreibungen erleichtern das Ableiten der Kursplanung, an die sich dann die Materialien, Aktivitäten und der Umgang mit Texten anschließen. Weil es frei wählbare Themen sind, wird nicht nach Lehrbuch gearbeitet. Es geht vielmehr um die gemeinsam mit dem Auftraggeber entwickelte Kursdurchführung. Dadurch steigt die Motivation bei den Lernenden: Sie erkennen die Inhalte im Unterricht wieder und verstehen den Transfer aus dem Unterricht in die Praxis. Der Auftraggeber sieht den Lernzuwachs bei den Lernenden in der besseren, sicheren und qualitativ höherwertigen Bewältigung des Arbeitsalltags.

Neben der Sprachvermittlung trägt der Unterricht aber auch dazu bei, Kommunikationsstrategien zu entwickeln, die zum gelungenen Smalltalk zwischen den Kollegen, zur Beruhigung eines emotional aufgebrachten Angehörigen oder zum Überbringen schlechter Nachrichten gehören.

Unterrichtsvolumen und -zeiten

Wenn die VHS einen Kurs mit medizinischen Inhalten im offenen Angebot anbietet, wird sie sich wahrscheinlich nach den im Semester zur Verfügung stehenden Wochen richten. Ein Beispiel: Dauert ein Semester 15 Wochen und wird der Kurs mit 3 Unterrichtseinheiten ausgeschrieben, so wird er insgesamt 45 Unterrichtseinheiten beinhalten. Es können auch Kompaktkurse am Wochenende angeboten werden, z. B.: 4× samstags jeweils 6 UE ergeben 24 UE. Bei Interesse können die Kurse auch fortgesetzt oder verlängert werden.

Sowohl die offenen als auch die Firmenkurse unterliegen ähnlichen Überlegungen. Zum Kennenlernen kann man eine eher niedrige Stundenzahl anbieten, um das Vertrauen zwischen den Institutionen aufzubauen. Die VHS Remscheid bietet für eine Firmenschulung als Einstiegsangebot 60 UE, die jeweils um weitere 100 UE bei Interesse verlängert werden können. Das Einstiegsniveau der Teilnehmenden liegt häufig auf den Niveaustufen B1 oder B2. Für eine weitere Zusammenarbeit sind die Verlängerungsstunden wichtig, da in ihnen die Themen vertiefend bearbeitet werden können, die entweder zu kurz gekommen sind, gar nicht durchgenommen wurden oder wiederholt werden müssen.

Den Kurs als Firmenkurs anzubieten hat den Vorteil, dass der Kurs flexibel auf die Arbeitszeiten der Klientel abgestimmt werden kann, sei es in Form von Gruppenunterricht oder in Form eines individuellen Sprachtrainings. Selbstverständlich sind für Gruppen Kurse möglich, die einmal oder mehrmals in der Woche an einem festen Tag stattfinden, ähnlich den Kurszeiten in einem offenen Kursangebot der VHS. Seitens der Klinik oder des Krankenhauses kann die Motivation der Teilnahme am Kurs dadurch gesteigert werden, dass die Unterrichtszeit zu einem bestimmten Teil oder gänzlich als Arbeitszeit angerechnet wird. Bei diesem Modell haben sowohl der Arbeitgeber als auch die Teilnehmenden Interesse daran, möglichst häufig am Unterricht teilzunehmen.

Wie viele Tage oder Stunden Sprachkurs an der Klinik möglich sind, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Es gibt Kliniken und Krankenhäuser, die ihre internationalen Medizinerinnen und Mediziner beim Erlernen der deutschen Sprache aktiv unterstützen, indem sie ihnen anfangs ein bis zwei Nachmittage pro Woche den Besuch eines Sprachkurses ermöglichen. Je länger die internationalen Ärzte in der Klinik arbeiten, desto geringer wird die Zeit zum Besuch des Deutschkurses ausfallen, da sie, wenn sie ihre sprachliche Befähigung erlangt haben, immer mehr Dienste übernehmen. Deswegen bietet sich an, dass in den ersten drei Monaten mehr Stunden angeboten werden als in den Folgemonaten.

In manchen Kliniken und Krankenhäusern werden in regelmäßigen Abständen Intensivwochen angeboten. Das bedeutet, dass die Ärzte einmal im Quartal für eine Woche für den Deutschkurs freigestellt werden. Auch hier wird die Unterrichtszeit als Arbeitszeit abgegolten.

Eine andere Möglichkeit stellen Kurse mit „rotierenden“ Unterrichtstagen dar. In einer Woche findet der Kurs an einem Wochentag statt, in der nächsten Woche am Wochenende und in der darauffolgenden Woche sowohl an einem Wochentag als auch am Wochenende.

Gute Erfahrungen wurden mit einem vollkommen flexiblen Modell gemacht, in dem nur die Stundenzahl feststeht und jeder Unterrichtstermin zwischen der Kursleitung und den Kursteilnehmenden flexibel und individuell von Termin zu Termin abgesprochen wird.

Das erfahrungsgemäße unregelmäßige Erscheinen der Teilnehmenden in Medizinerkursen erschwert die Kontinuität im Lernzuwachs. Dies ist in Verschiebungen im Dienstsystem, nicht zeitgerechten Übergaben und in kurzfristig angekündigten Schulungen begründet. Die Fehlzeiten können reduziert werden, indem die Dienstpläne mit den geplanten Unterrichtszeiten abgeglichen werden und unterstützend auf die Möglichkeiten der Nutzung von elektronischen Medien zurückgegriffen wird, z. B. Online-Module, Skype-Unterricht.

Kursgröße

Die Überlegung, ab wie vielen Teilnehmenden der Kurs begonnen wird, hängt mit der Kurskonzeption zusammen und ist sicherlich nicht zu verallgemeinern. Im offenen Angebot richtet sich ein solcher Kurs nach Mindestteilnehmerzahlen, die von VHS zu VHS unterschiedlich sein können.

Bei Firmenkursen sind die Optionen für die Kursgestaltung im Hinblick auf die Teilnehmerzahlen anders. Hier kann es von einem bis hin zu maximal 12 Teilnehmenden gehen; auch hier gilt das Gebot der individuellen Kursgestaltung.

Finanzierung

Im offenen Angebot veröffentlichte Kurse werden entweder von den Teilnehmenden selbst finanziert oder der Arbeitgeber übernimmt die Gesamtrechnung bzw. einen Teil der Kosten. Bei Firmenschulungen kann es sich um ein komplett finanziertes Angebot der Klinik oder des Krankenhauses im Rahmen der internen Mitarbeiterfortbildung handeln. Es sind aber auch Finanzierungsmodelle bekannt, in denen die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zur Hälfte oder gänzlich an den Kosten beteiligt sind.

Diese selbst finanzierten Anteile werden den Teilnehmenden nach erfolgreichem Kursabschluss zurückerstattet.

Da die Kursteilnahme in den Zielvereinbarungen eine zunehmend wichtige Rolle spielt, werden die Ärztin oder der Arzt auf diese Art und Weise motiviert sein, den Kurs zu besuchen. Zur Steigerung der regelmäßigen Kursteilnahme können die Unterrichtstunden ganz oder zum Teil als Arbeitszeit angerechnet oder als Gleitzeit abgegolten werden.

Bei Einzelschulungen tragen die Kosten z. B. die Chefärzte, die ihre Assistenzärzte direkt aus eigenen Fortbildungsetats unterstützen können. Dieses Hintergrundwissen zu den finanziellen Möglichkeiten der Zielgruppe soll den Volkshochschulen dabei helfen, ihr Bildungsangebot einerseits zielgruppengerecht und andererseits kostendeckend zu kalkulieren.

Für ein angemessenes Preis-Leistungsangebot sollten die Volkshochschulen die Gebühren für einen Deutschkurs für Medizinerinnen und Mediziner unter der Berücksichtigung diverser Kostenfaktoren in Kombination mit einer Analyse des regionalen Bildungsmarktes individuell berechnen.

Dabei spielen u. a. folgende Einflussgrößen eine wichtige Rolle:

- Personalkosten (für Akquise, Angebotserstellung, Betreuung, Qualitätssicherung etc.)
- Personalkosten für Sprachstands- bzw. Bedarfsermittlung
- Honorare für Kursleitende
- Fahrtkosten für Kursplanende (i. d. R. pädagogische Mitarbeiter) und Kursleitende
- durchführungsbezogene Sachausgaben (Lehr- und Lernmaterialien)
- indirekte Kosten (Telefon, Porto, Miete für Büroräume, Kopierkosten etc.)
- ggf. Ausgaben für Miete und Nebenkosten (für Unterrichtsräume außerhalb des Krankenhauses)
- ggf. Kosten für Arbeit mit einer Datenbank (Blog, moodle etc.)
- ggf. anteilige Kosten für Schulungen der Mitarbeiter und Lehrkräfte
- ggf. Prüfungsgebühren

Auf der Grundlage dieser Kostenfaktoren können die Volkshochschulen ein umfassendes Finanzierungsmodell erstellen und somit die Umsetzung ihres Kursangebots finanziell absichern.

Fördermöglichkeiten

Mit den wachsenden Sorgen der deutschen Arbeitgeber um den Fachkräftenachwuchs werden aktuell von der Bundesregierung zahlreiche Programme zur Förderung internationaler Fachkräfte aufgelegt. Einige dieser Programme bieten die Möglichkeit, Deutschkurse für internationale Medizinerinnen und Mediziner zu fördern. Da es sich bei den Förderprogrammen um zeitlich begrenzte Projekte mit konkret definierten Anforderungen handelt, sollte die Möglichkeit der Förderung Ihres geplanten Kurses jeweils aktuell und individuell geprüft werden. Als Anregung lassen sich an dieser Stelle zwei Bundesprogramme erwähnen:

Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung – IQ“ (Förderperiode 2014 – 2020)

Um die Arbeitsmarktintegration von Erwachsenen mit Migrationshintergrund zu verbessern, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2005 das Netzwerk „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) ins Leben gerufen. Informationen zum Programm können Sie unter den folgenden Adressen abrufen:

http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeitsfoerderung/Foerderung-von-Migranten/foerderung-migranten.html, letzter Abruf am 10.5.2016

http://www.netzwerk-iq.de, letzter Abruf am 10.5.2016

Mit dem neuen Ausschreibungsverfahren für die aktuelle Förderperiode 2015–2018 wurde das Programm um den Schwerpunkt „ESF-Qualifizierung im Kontext des Anerkennungsgesetztes“ erweitert. Diese Erweiterung bietet die Möglichkeit, Deutschkenntnisse im Rahmen der Qualifizierungsmodule zu fördern, wenn dies für die Anerkennung des im Ausland erworbenen Berufsabschlusses erforderlich ist. Die Kontakte zu Regionalstellen finden Sie unter

www.netzwerk-iq.de

ESF-BAMF-Programm zur berufsbezogenen Sprachförderung

Deutsch auf einem angemessenen Niveau zu sprechen, ist neben spezifischen beruflichen Qualifikationen eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt. Hierbei unterstützt das aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) mitfinanzierte „Programm zur berufsbezogenen Sprachförderung für Personen mit Migrationshintergrund im Bereich des Bundes (ESF-BAMF-Programm)" die Verbesserung der berufsbezogenen Deutschkenntnisse. Damit werden die Chancen von Menschen mit Migrationshintergrund auf Integration in den ersten Arbeitsmarkt erhöht. Informationen zum Programm können Sie unter der folgenden Adresse abrufen:

http://www.bamf.de/DE/Infothek/ESFProgramm/esf-bamf-programm-node.html, letzter Abruf am 10.5.2016

Deutschunterricht wird im Rahmen dieses Programms mit Elementen der beruflichen Weiterbildung verknüpft. Das Angebot richtet sich an Personen mit Deutsch als Zweitsprache, die einer sprachlichen und fachlichen Qualifizierung zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt bedürfen. Dies sind insbesondere Leistungsempfänger nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) und dem Dritten Sozialgesetzbuch (SGB III). Darüber hinaus können auch Nicht-Leistungsempfänger und Personen aus den Bundesprogrammen „ESF-Bundesprogramm für Bleibeberechtigte und Flüchtlinge II" und „ESF-Integrationsrichtlinie Bund" am Förderangebot teilnehmen. Bei der Ausschreibung der ESF-BAMF-Kurse muss allerdings jeweils geprüft werden, ob die Förderung auch die Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzte betrifft; im Bereich der Pflege kann das Programm aber durchaus in Anspruch genommen werden.

Jedoch ist eine Teilnahme an einem ESF-BAMF-Sprachkurs nur möglich, soweit ein gesetzlicher Anspruch auf anderweitige Förderung nicht besteht. So kann die Teilnahme am berufsbezogenen Sprachkurs grundsätzlich erst nach Absolvierung eines Integrationskurses erfolgen; der Integrationskursanspruch muss dabei voll ausgeschöpft worden sein. Diese Regelung gilt nicht für Personen aus den Bleiberechtsprogrammen.

Zudem haben auch Beschäftigte die Möglichkeit, berufsbezogene Sprachförderung in Anspruch zu nehmen, um ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Für diese Zielgruppe gilt die Regelung mit dem obligatorischen Besuch eines Integrationskurses ebenfalls nicht. Kurse, an denen ausschließlich Beschäftigte teilnehmen, sind jedoch nicht förderfähig.

Das ESF-BAMF-Programm soll ab Juli 2016 sukzessive durch ein Bundesprogramm entlang der Verordnung über die berufsbezogene Deutschsprachförderung (DeuFöV) ersetzt bzw. ausgebaut werden.

3. Erfolgreiche Akquise

Ein erster Schritt bei der Etablierung von Deutschkursen für Medizinerinnen und Mediziner ist die Kundengewinnung. Wo und wie kann die VHS die Zielgruppe der internationalen Ärztinnen und Ärzte erreichen? Handelt es sich um einen Kurs in der VHS, der im offenen Angebot im Programmheft veröffentlicht oder in einem gesonderten Flyer beworben wird? Wenn ja, wie werden die potentiellen Teilnehmenden auf das Angebot aufmerksam? Soll z.B. der erstellte Flyer im Klinikum oder Krankenhaus ausgelegt werden? Ist das möglich und machbar? Und ist die VHS den potentiell Teilnehmenden überhaupt als Bildungsanbieter bekannt?

Die Kontaktaufnahme kann sowohl von Seiten der VHS als auch von Seiten der Klinik selbst erfolgen. Sind die Krankenhäuser oder Kliniken städtische bzw. kommunale Einrichtungen, kann es Überschneidungen in organisatorischen Fragen geben. So lassen sich relativ schnell Beziehungen zu Kontaktpersonen aufbauen. Auf der anderen Seite liegt es nahe, dass sich die Krankenhäuser und Kliniken direkt an die VHS wenden. Dann kann nach direkter und detaillierter Absprache ein Kurs eingerichtet werden. Allerdings sollte man hier eine Vorlaufzeit von mehreren Monaten einplanen. Nicht selten müssen der Kursdurchführung Verwaltungsvorstände und andere Beratungs- resp. Ausführungsgremien zustimmen. Dies nimmt Zeit in Anspruch!

Die Verantwortlichen in der VHS können überlegen, wie sie mehr Aufmerksamkeit auf sich lenken. Es empfiehlt sich, z.B. an den Tagen der offenen Türen in Kliniken und Krankenhäusern teilzunehmen, Kontakte über Pflegeschulen und Ausbildungsinstitute zu knüpfen oder an unterschiedlichen regionalen und überregionalen Job-/Ausbildungsmessen

teilzunehmen. Es bietet sich auch an, das gezielte berufsbezogene Deutschkursangebot den Ärzteverbänden und den Ärztekammern in der Region vorzustellen. Auch eine Zusammenarbeit mit Personalvermittlungsfirmen ist denkbar, die Deutschkurse mit berufsbezogenen Inhalten an ihre Klientel vermitteln oder Kurse für die in Deutschland Stellen suchenden Ärztinnen und Ärzte direkt organisieren. Der Informationsaustausch mit anderen Ämtern innerhalb der städtischen Verwaltung kann ebenso für die Multiplikation des Angebots genutzt werden, z. B. mit den kommunalen Integrationszentren, Ausländerbehörden oder Gesundheitsämtern.

Die VHS kann die potenziellen Auftraggeber/Entscheider zu besonderen Programmpunkten, Infoveranstaltungen oder Semesterprogrammvorstellungen in die VHS einladen. Die veröffentlichten Presseartikel erhöhen das Interesse und die Akzeptanz solcher Kurse.

Die folgende Liste zeigt die einzelnen Schritte von der erfolgreichen Akquise über die Kursdurchführung bis zum Abschluss. Natürlich sind auch andere Schritte in den Abläufen denkbar (z. B. die Verlagerung der Bedarfsanalyse in den Unterricht selbst, Auslassen der Einstufung).

1. Aussuchen der Klinik oder des Krankenhauses in der Nähe
2. Erstkontakt (Referent/-in für Personalentwicklung, Schul- oder ärztliche bzw. pflegerische Leitung, Referent/-in für interne Fortbildung, Oberarzt/Chefärztin)
3. knappe und prägnante Vorstellung der VHS – Erfahrungen im Firmensegment nennen
4. Angebot beschreiben
   - Kursvorschlag
   - Kalkulation für Präsenz-/ggf. Online-UE sowie Begleitungen
   - geeigneter Kursabschluss, z. B. Prüfung
5. erstes persönliches Gespräch mit den Entscheidern bezüglich des Angebots in thematischer Hinsicht und Gewinnung authentischen Materials (Pflegeleitung/Chefärzte/Chefärztinnen)
6. Abfragen der thematischen Schwerpunkte der potenziellen Teilnehmenden mit Hilfe z. B. eines (elektronischen) Bogens vor Unterrichtsbeginn
7. (schriftliche) Konkretisierung des Angebots anhand der gewonnenen Erkenntnisse
8. ggf. unterstützendes Agieren – Info-Schreiben an die potentiellen Teilnehmenden, Anschreiben an Oberarzt/Chefärztin
9. Auswahl der Kursleitung – Überprüfung der Eignung (Erfahrung, Zertifikate, Fortbildungsbereitschaft, Affinität zur Zielgruppe und der Thematik)
10. Erstellen des Dozentenprofils und dessen Präsentation in geeigneter Form
11. Auftragserteilung und Auftragsannahme/Verträge mit dem Krankenhaus und der Kursleitung abschließen; auf Datenschutz und Geheimhaltung hinweisen
12. Durchführung einer geeigneten Einstufung
13. Unterrichtsgestaltung und -durchführung
14. Hospitationen; Evaluationen und Evaluationsgespräche in regelmäßigen Abständen
15. Abgesprochene Abrechnungsweise mit dem Auftraggeber und der Kursleitung (z. B. monatlich; zur Hälfte des Kurses; nach Beendigung des Kurses)
16. Prüfung als Kursabschluss durchführen (z. B. telc Deutsch B2-C1 Medizin)
17. Abschlussevaluation
18. Zertifikatsübergabe

Wer sind die richtigen Ansprechpartner?

Im ersten Schritt empfiehlt sich eine gründliche Internetrecherche zu Hintergrundinformationen: Welche Krankenhäuser und Kliniken befinden sich vor Ort? Sind sie eigenständig oder gehören sie zu einem Verbund? Wenn ja, wo ist die Zentrale? Wie findet man den Ansprechpartner? Tipp: Viele Einrichtungen sind ISO-/DIN-zertifiziert. Auf ihrer Homepage findet man hinterlegte Organigramme der Einrichtungen, aus denen man die Ansprechpartner in der Personalabteilung, Verantwortliche für die interne Fortbildung, Mitarbeiter für die Personalentwicklung etc. ablesen kann. Auch Job-Angebote und Anzeigen nennen häufig den zuständigen Mitarbeiter in der Personalabteilung (z. B. in ZEIT, Süddeutsche, Ärzteblatt-online- oder Printausgaben).

Kontaktaufnahme

Im nächsten Schritt ist es notwendig, die zuständige Person anzusprechen. Dies kann telefonisch

oder per E-Mail geschehen. Aus dem Anschreiben muss klar hervorgehen, was die VHS anbieten und leisten kann und worin der Mehrwert im Vergleich zu anderen, auch zu privaten Anbietern liegt. Hierzu eignen sich z. B. Flyer oder Kurzpräsentationen mit den Kernaussagen des Leitbildes, das Benennen von Erfahrungen mit Firmenkursen sowie, wenn vorhanden, Referenzen und ein Ausschreibungstext für den Kurs.

Nachdem der erste Kontakt geknüpft wurde, ist es wichtig, sich auch persönlich kennenzulernen. Zum ersten Treffen sind aussagekräftige Unterlagen mitzubringen, z. B. eine Vorstellung der VHS, die Beschreibung der Kursinhalte und ein Dozentenprofil. Es ist auch wichtig, das Krankenhaus in der Gewinnung von Kursteilnehmenden zu unterstützen. Dazu zählen z. B. ein Schreiben an potenzielle Teilnehmer mit den Kursinhalten oder ein Informationsschreiben an Ober- oder Chefärzt bzw. Chefärztinnen zur Erhöhung der Motivation und Akzeptanz des Sprachkurses.

Muster VHS, Musterstadt

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr …,

vielen Dank für das angenehme Gespräch am … Gern möchten wir Ihnen ein aktuelles Angebot unterbreiten.

Kurse:	**Deutsch für internationale Ärztinnen und Ärzte**
Schwerpunkte:	○ Grundvokabular – Anatomie, Materialien ○ Anamnese – erfragen, erfassen, auswerten ○ Körperliche Untersuchung – erläutern, beschreiben ○ Patientenvorstellung – Inhalt, Struktur ○ Ärztliche Gesprächsführung – Techniken ○ Arztbriefe – richtig formulieren ○ Fachvortrag – vorbereiten, halten ○ Passende grammatische Strukturen
Trainingsort:	nach Absprache
Unterrichtszeiten:	nach Absprache, auch am Wochenende möglich
Beginn:	nach Absprache
Kursabschluss:	Die Teilnehmenden erhalten ein aussagekräftiges Zertifikat. Die Organisation einer Prüfung ist möglich.
Kursgebühren:	Deutsch Kurs mit 50 Ustd. € Unsere Kurse sind nach § 4 Abs. 21 gemäß Umsatzsteuergesetz von der MwSt. befreit
Gruppengröße:	max. 10 Teilnehmende

Wir würden uns freuen, Sie bei Ihrer Arbeit unterstützen zu dürfen.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind gern behilflich.

Mit freundlichen Grüßen

Beispielbrief an eine Klinik

Berufsbezogener Sprachkurs für Ärztinnen und Ärzte

Muster VHS, Musterstadt

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen Anfang 2016 einen Inhouse-Sprachkurs für Ärztinnen und Ärzte anbieten zu können. Dabei entstehen Ihnen keine Kosten. Der Kurs steht in direktem Bezug zu Ihrer konkreten Stationsarbeit und soll Ihnen bei Ihrer Arbeit konkrete Hilfestellung geben. Es werden allgemein-fachsprachliche und situativ-berufsbezogene Unterrichtstunden angeboten.

Im Mittelpunkt stehen die Handlungsfelder:

- Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
- Kommunikation mit den Kollegen
- Die schriftliche Dokumentation

Es werden dafür folgende Unterrichtsthemen bearbeitet:

1. Anamnesegespräch führen (patientengerechte Sprache, gezielte Fragen stellen, weiteres Vorgehen erläutern)
2. Körperliche Untersuchung (Anweisungen geben, Untersuchung durchführen und dokumentieren)
3. Patienten vorstellen (im Rahmen von Visiten, Übergaben)
4. Ärztliche Gesprächsführung (gute/schlechte Nachrichten übermitteln, Strategien mit unterschiedlichen Patiententypen, kollegiale Gespräche führen)
5. Arztbriefe schreiben

Der Kurs beginnt mit einer berufsbezogenen Einstufung, die an einem der ersten beiden Termine gemacht werden kann.

Methoden: Visualisierung, Handlungsorientierung, Rollenspiele, Simulationsgespräche etc.

Termine: ______________________________

Uhrzeit: ______________________________

Ort: ______________________________

Anmeldung: ______________________________

Mit freundlichen Grüßen

Infoschreiben an potenzielle Teilnehmende

Verhandlungsgespräche führen

Die nachfolgende Checkliste kann Ihnen dabei helfen, das Akquisegespräch zu führen und die unternehmensspezifischen Anforderungen bei der Vorbereitung, Planung und Durchführung Ihrer Deutschkurse zu berücksichtigen.

1. Hintergrundinformationen sammeln

- Art der Einrichtung (Krankenhaus, Klinik etc.)
- Größe der Einrichtung
- Erreichbarkeit der Einrichtung mit ÖVM
- Ausrichtung bzw. Spezialisierung

2. Termin vereinbaren und Ziele setzen

- Mit wem möchte ich das Angebot besprechen?
- Wie komme ich an diese Person heran?
- Ist mein Gesprächspartner Alleinentscheider oder wen muss er noch hinzuziehen?
- Welche Unterstützung kann ich meinem Gesprächspartner anbieten, um den Entscheider zu überzeugen?
- Wie gehe ich vor, um an den Entscheider heranzukommen, wenn mein Gesprächspartner abblockt?
- Ist das Ziel meines Gesprächs, einen Auftrag einzuholen? Ist das Ziel realistisch?
- Wenn nicht ein Auftrag das Ziel meines Gesprächs ist, was ist dann das Ziel?
- Wie viel Zeit wird mein Gesprächspartner haben (vorher telefonisch mit dem Sekretariat abklären)?
- Wie muss ich danach meine Gesprächspunkte zeitlich gewichten? Was muss ich unbedingt ansprechen, was kann ich bei Zeitmangel weglassen?
- Welche technische Ausstattung brauche ich für die Präsentation meines Angebots? (Beamer etc.)
- Ist die notwendige Technik im Gesprächsraum vorhanden?

3. Überzeugen

- Wie eröffne ich das Gespräch? Wo „packe" ich meinen Gesprächspartner?
- Welche Informationen aus Politik, Wirtschaft oder Gesellschaft, gezielt vorgetragen, könnten mir speziell bei diesem Gespräch von Nutzen sein?
- Welchen triftigen Grund gibt es, weshalb mein Gesprächspartner den Deutschkurs bei mir buchen sollte?
- Wie kann ich in aller Kürze die Vorteile meines Angebots darstellen?
- Gibt es Veröffentlichungen in der Presse, Referenzen oder besondere Garantien, die ich im Gespräch wirkungsvoll „einsetzen" kann?
- Welche Unterlagen händige ich in welchem Gesprächsabschnitt aus?

4. Möglicher Ablehnung vorbeugen bzw. auf diese reagieren

- Wann war mein letzter Kontakt (falls es nicht der erste ist)?
- Wie ist das letzte Gespräch mit dem Gesprächspartner verlaufen? Was war positiv, was weniger gut?
- Welche Änderungen habe ich für dieses Mal geplant?
- Mit welchen Einwänden, Vorwürfen, Widerständen oder auch Fragen muss ich rechnen?
- Wie verhalte ich mich jeweils richtig?
- Was mache ich, wenn gegen Ende des Gesprächs ein mögliches Nein steht?
- Was kann ich dem Gesprächspartner anbieten, um für ihn doch noch interessant zu bleiben oder es wieder zu werden?
- Was kann ich während des Besuches tun, um nicht nur den Deutschkurs anzubieten, sondern auch das Fundament für eine langfristige Zusammenarbeit zu legen?

5. Das Verhandlungsgespräch

- Organisatorische Informationen sammeln
- Welche Mitarbeitergruppe aus welchem Fachbereich soll geschult werden?
- Um wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelt es sich?
- Sollten nicht ausreichend viele Teilnehmende gefunden werden, ist es gewünscht, mit anderen Krankenhäusern zusammenzuarbeiten?
- Wie soll die Gewinnung der Mitarbeiter erfolgen? a) intern, b) extern, c) intern mit externer Hilfe
- Welche Werbemaßnahmen sind gewünscht (Flyer, Plakate etc.)?
- Wie soll das Vertrauen der Mitarbeitenden gewonnen werden (über Paten, Personaler etc.)?
- Soll die Teilnahme am Kurs freiwillig oder verpflichtend sein?
- Wie ist das regelmäßige Arbeitszeitmodell im Krankenhaus?
- Zu welchen Zeiten soll der Kurs stattfinden (Arbeitszeit, Freizeit)?
- Wann soll der Kurs beginnen?
- Wie viele Unterrichtsstunden pro Woche sind möglich?
- Wie lang darf der Kurs dauern?
- Soll der Einstieg zur jeder Zeit für neue Teilnehmende gewährleistet sein, oder sollen die Teilnehmer in festen Gruppen bleiben?
- Ist die Beobachtung des Arbeitsprozesses für die Sprachbedarfsermittlung möglich? (Welche Informationen müssen die Teilnehmenden in ihrem beruflichen Umfeld verstehen?)

- Welche Hindernisse für die Teilnahme müssen berücksichtigt werden (Pendler, Kinder etc.)?
- Wo soll der Kurs stattfinden (in der VHS/im Krankenhaus, Raum)?
- Wer ist der Ansprechpartner im Krankenhaus für die organisatorischen und inhaltlichen Fragen zum Kurs?
- Wer ist der Ansprechpartner im Krankenhaus für das Abschlussgespräch?
- Wird am Ende des Kurses eine Prüfung (z. B. telc Deutsch B2-C1 Medizin) gewünscht?

6. Inhaltliche Informationen sammeln

- Wie schätzt der Auftraggeber das aktuelle Sprachniveau der Teilnehmenden ein?
- In welchen beruflichen Situationen gab es bisher Missverständnisse bzw. sprachliche/kommunikative Schwierigkeiten?
- Was sind aus Erfahrung des Auftraggebers die wichtigsten Verständigungsprobleme?
- Welche inhaltlichen Schwerpunkte soll der Kurs haben? Können anonymisierte authentische Materialien aus dem beruflichen Alltag der Teilnehmenden vom Krankenhaus für den Unterricht zur Verfügung gestellt werden?
- Sind besondere Kursformate bzw. Ergänzungen erwünscht (moodle/blog-Nutzung für individuelles Lernen, Coaching am Arbeitsplatz etc.)?
- Welche Erwartungen an den Kurs hat der Auftraggeber außerdem?
- An welchen Faktoren wird der Erfolg des Kurses seitens des Auftraggebers gemessen?
- Wie soll der Kurs evaluiert werden (mit Hilfe von Test, Prüfungen, Feedbackbögen etc.)? Wie oft?

7. Das Verhandlungsgespräch reflektieren

- Was habe ich erreicht?
- Was habe ich falsch gemacht?
- Wie muss ich weiter vorgehen?

(vgl. Internetquelle 1, eigene Zusammenstellung in Anlehnung an Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im IQ-Netzwerk, 2012)

Und noch eine Liste kann bei der Vorbereitung des Akquisegesprächs hilfreich sein. Zu den häufig gestellten Fragen seitens der Entscheider im Krankenhaus gehören:

Häufig gestellte Fragen

- Wo findet der Unterricht statt? Was spricht für oder gegen eine Inhouse-Schulung?
- Wie wird der Unterricht gestaltet?
- Welche Erfahrungswerte gibt es in Bezug auf die Unterrichtsstundenzahl?
- Wie viele Stunden sind effektiv?
- Wer darf und wer soll teilnehmen?
- Gibt es eine Einstufung? Was sagt sie aus?
- Welche Themen werden durchgenommen?
- Wie werden die Themen zusammengestellt?
- Welche Qualifikationen besitzt die Kursleitung?
- Was ist mit dem Lehrmaterial? Von wem wird es besorgt?
- Wer überprüft die Qualität? Wie?
- Wie ist es mit der Anwesenheit? Wird sie regelmäßig überprüft?
- Sind Hospitationen seitens des Auftraggebers möglich/erwünscht?
- Wie wird der Informationsaustausch geregelt?

4. Qualitätsanforderungen

Aufgrund der hier genannten Anforderungen gelten für einen berufsbezogenen Deutschunterricht sehr hohe Qualitätsstandards. Diese betreffen sowohl die Beratung für die und die Bedarfsermittlung bei den Teilnehmenden sowie deren Arbeitgebern als auch den praxisorientierten Unterricht, der auf Themen aus dem Arbeitsalltag basiert. Zur Überprüfung und Sic t der Sprachkurse eignen sich insbesondere folgende Methoden:

- Hospitation im Kurs durch die Kursplanenden (VHS-Fachbereichsleiter)
- Auswertungsgespräche mit Auftraggebern und Kursteilnehmenden
- Feedbackbögen für Auftraggeber und Kursteilnehmende
- Sprachtests vor, während und nach der Maßnahme
- Berufsbezogene Sprachprüfung am Ende des Kurses

Berufsbezogene Sprachprüfungen

Eine Sprachprüfung am Ende des Kurses bietet eine besonders gute Möglichkeit, den Kompetenzzuwachs der Teilnehmenden zu überprüfen, nachzuweisen und zu dokumentieren.

Eine Möglichkeit zur Messung der deutschen Sprachkompetenz im Medizinbereich bietet die skalierte Prüfung **telc Deutsch B2-C1 Medizin.** Diese berufsspezifische Sprachprüfung wurde von der gemeinnützigen telc gGmbH speziell für internationale Ärztinnen und Ärzte entwickelt, die für ihre Berufserlaubnis einen Sprachnachweis für Deutsch als Fremdsprache benötigen. Mit der Sprachprüfung telc Deutsch B2-C1 Medizin können sie nachweisen, was sie neben allgemeinsprachlichen Kompetenzen auch in ihrem Berufsalltag auf Deutsch sprachlich interaktiv bewältigen können. Dazu gehört, dass sie Deutsch einerseits in schwierigen, überraschenden und unvorhersehbaren Situationen im Klinikalltag und im sozialen Umfeld verstehen und entsprechend agieren und reagieren können, Deutsch andererseits aber auch selbst weitestgehend korrekt, präzise und produktiv beim Einsatz im Krankenhaus verwenden können – in Wort und Schrift.

Sie ist auch geeignet für Ärztinnen und Ärzte, denen bereits die Berufsanerkennung ausgesprochen wurde. Diese Ärzte können mit der Sprachprüfung dokumentieren, dass sie fit sind, sich auf Deutsch kompetent und sicher einzubringen und durchzusetzen, und somit die erforderliche sprachliche Kommunikationsfähigkeit besitzen, mit Patienten, Angehörigen, Schwestern und Pflegern, Arztkollegen, Vorgesetzten und allen am Arbeitsplatz Klinikum anzutreffenden Personenkreisen problemlos sprachlich umzugehen.

Ärztinnen und Ärzte, die die Prüfung telc Deutsch B2-C1 Medizin erfolgreich abgelegt haben, können folgende sprachliche Kompetenzen und für sie zentrale, arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten unter Beweis stellen:

- erfolgreiche Arzt-Patienten-Gespräche führen
- den Zustand eines Patienten gut strukturiert und klar vor Publikum erläutern und dabei die eigenen Standpunkte ausführlich darstellen
- spezifische Krankheitsbilder vor Arztkollegen bei der Visite oder vor der Oberärztin bzw. dem Oberarzt systematisch, zielgerichtet und ausführlich präsentieren
- gezielt Fragen zur Patientenvorstellung stellen und souverän mit Rückfragen umgehen
- sich mit Pflegepersonal auf der Station effektiv und handlungsorientiert verständigen
- klar strukturiert und präzise Texte verfassen (z.B. Arztbriefe)

Nähere Informationen zur Prüfung finden Sie auf der Internetseite der telc gGmbH unter *www.telc.net.*

Aber auch andere Akteure im Gebiet Fachsprache für ausländische Ärztinnen und Ärzte haben in den letzten Jahren entsprechende Prüfungen entwickelt. So stammt der Patientenkommunikationstest der **Freiburg International Academy**, der auch im Bundesland Thüringen zum Einsatz kommt, von einem Team um den Arzt Dr. Nabeel Fahrhan.

Laut offizieller Beschreibung dient diese Prüfung zur Feststellung der berufsbezogenen Deutschkenntnisse in der verbalen Kommunikation der Ärzte auf dem Sprachniveau B2+. Allerdings gibt es keine veröffentlichten Kriterien, die die Transparenz der Beurteilung nach dem GER dokumentieren. Diese Prüfung wird von Ärztinnen und Ärzten abgenommen, nicht von eigens dafür geschulten Sprachexperten wie dies bei der telc-Prüfung der Fall ist.

Gleiches gilt im Übrigen nach aktuellem Stand der Dinge auch für ähnliche Sprachprüfungen anderer Ärztekammern. Geprüft wird fachsprachliche Kompetenz von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen.

Seit Mitte 2012 ist eine Sprachprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte zur Erlangung der Approbation im Bundesland Rheinland-Pfalz Pflicht. Durchführendes Organ ist die **Ärztekammer Rheinhessen** in Mainz. Als Prüfungsteile gelten:

- Einführungsgespräch, in dem der Prüfling über seinen Werdegang Auskunft gibt und darüber, wann und wo er/sie Deutsch gelernt hat. Als Prüfende fungieren Ärzte, von denen einer bei der Patientenanamnese (wie bei der telc-Prüfung) die Rolle des Patienten einnimmt. Geprüft werden Befunderhebung, das schriftliche Anfertigen eines Arztbriefes respektive einer Befunddokumentation.
- Abschlussgespräch mit dem Probanden. Auch hier sind die Prüfenden Ärztinnen und Ärzte.

LITERATUR

Ahrenholz, Bernt: Fachunterricht und Deutsch als Zweitsprache. 2. Auflage, Tübingen, 2010

Buhlmann, R.; Fearns, A.: Handbuch des Fachsprachenunterrichts. Tübingen: Narr Verlag, 2000

Funk, H.: „Berufsorientierter Fremdsprachenunterricht", in: Barkowski, H.; Krumm, H.-J. (Hg.): Fachlexikon Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Tübingen: A. Francke Verlag, 2010, S. 26 f.

Funk, H.: „Curriculare Grundlagen des berufsbezogenen Fremdsprachenlernens", in: Deutsch lernen, 4/1999, S. 343–357

Kuhn, Christina: Fremdsprachen berufsorientiert lernen und lehren. Kommunikative Anforderungen der Arbeitswelt und Konzepte für den Unterricht und die Lehrerausbildung am Beispiel des Deutschen als Fremdsprache. Digitale Bibliothek Thüringen, 2008

Ohm, U. et al.: Sprachtraining für Fachunterricht und Beruf. Texte knacken – mit Fachsprache arbeiten. Münster: Waxmann, 2007

telc gGmbH: Rahmencurriculum Deutsch Medizin. Frankfurt a. M., 2014

telc gGmbH: Testspezifikationen Deutsch Medizin B2-C1, 1. Auflage, Frankfurt am Main, 2013

Weissenberg, J.: Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg, 2012

Internetquelle 1: Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im IQ-Netzwerk: Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Ein Leitfaden für die Praxis, 2012, www.deutsch-am-arbeitsplatz.de (letzter Abruf am 20.5.2016)

Andere Internetquellen: www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/arzt_aerztin.php (letzter Abruf am 10.5.2016)

Praxisteil: Drei exemplarische Unterrichtsentwürfe



Renée Willenbring

1. Unterrichtsplanung „Die körperliche Untersuchung“

Lerngruppe
Diese Unterrichtsplanung der körperlichen Untersuchung ist für maximal 16 Kursteilnehmer konzipiert. Thematisch ist sie für drei bis vier Unterrichtsstunden angelegt. Die Lernvoraussetzung ist das abgeschlossene Niveau B1.

Unterrichtsziele
Bei dieser Unterrichtsplanung handelt es sich um einen handlungsorientierten Ansatz. Ziel ist, dass die Kursteilnehmenden die unterschiedlichen Strukturen von ärztlichen Anweisungen sowie von ärztlichen Erklärungen/Ankündigungen erlernen. Die Kursteilnehmenden können Anweisungen geben und Ankündigungen machen, zwischen Anweisungen und Erklärungen/Ankündigungen zu gegebener Zeit wechseln, korrekte Wort- und Satzbetonungen anwenden, den Patienten mit Kommentierungen bestärken und beruhigen sowie Empathie zeigen.

Unterrichtsmaterial und -medien

- PC (Laptop, Tablet o. Ä.), Beamer und Projektionsfläche
- Film: Neurologische Untersuchung eines 14-Jährigen nach einem Skateboard-Unfall; Folge 5; Uni Bonn, 2014: www.youtube.com/watch?v=zQ-MiO-XwXjo (letzter Abruf: 20.4.2016)
- nummerierte Kopiervorlagen
- 4 Stellwände
- Flipchart und Papierbögen
- Moderationskoffer oder Gleichwertiges
- Ball

Sollten bei einer Inhouse-Schulung Unterrichtsmedien wie Moderationswände oder Flipcharts fehlen, lassen sich leicht Alternativen finden: Denkbar wäre, Packpapier an den Wänden aufzuhängen oder die erarbeiteten Inhalte auf den Boden zu legen.

Wenn die Kursleitung keine Möglichkeit hat, einen Film zu zeigen, kann sie auch nur mit dem transkribierten Filmtext als Einstieg arbeiten (KV 1).

Stellenwert der körperlichen Untersuchung
Die körperliche Untersuchung schließt an die Anamnese an und ist die unmittelbare Untersuchung eines Patienten durch die Sinne des Arztes, gegebenenfalls unter Verwendung einfacher Hilfsmittel (z. B. eines Stethoskops). Sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der gründlichen Diagnostik und dient der orientierenden Erfassung pathologischer Abweichungen. Die Patienten müssen die Anweisungen der Ärztin und des Arztes verstehen, daher erfolgt die körperliche Untersuchung in patientengerechter Sprache. Die weitere Abklärung der Erkrankung erfolgt im Anschluss durch apparative Untersuchungen und Laboruntersuchungen.

Struktur der körperlichen Untersuchung
Bei der Durchführung der körperlichen Untersuchung folgt die Ärztin oder der Arzt einer festen Systematik, um keine Aspekte zu übersehen. Typischerweise beginnt die Untersuchung mit der Beurteilung des Allgemein- und Ernährungszustandes, welche die Erfassung der wichtigsten körperlichen Parameter wie Körpergröße und -gewicht sowie Alter einschließt. Es werden Blutdruck, Puls, Körpertemperatur und gegebenenfalls die Atemfrequenz ermittelt.

Im Anschluss schreitet man dann über einzelne Stationen (Kopf, Hals, Obere Extremität, Thorax, Bauch, Genitalbereich, Untere Extremität) fort. Alternativ kann die Untersuchungssystematik nach Organsystemen gegliedert sein. In vorliegender Unterrichtsplanung sind Kopf, Hals, Lunge, Herz und Bauch berücksichtigt.

Den Unterrichtseinstieg bildet ein visueller Input. Der Film ist für die Zielgruppe geeignet, weil er vorbildlich die einfachen, aber vielfältigen Strukturen von Anweisungen und Erklärungen im steten Wechsel zeigt. Die körperliche Untersuchung bei einem Jugendlichen ist bewusst ausgewählt, weil die Ärztin den Jugendlichen im Film duzt. Da auch approbierte Ärztinnen und Ärzte häufig Probleme mit der höflichen Anrede „Sie“ haben, bietet sich hier die Möglichkeit, das Umwandeln von „du“ in „Sie“ noch einmal zu üben.

Ausblick
Für den Wiedereinstieg beim nächsten Kurstreffen oder als eine gute Wiederholung eignet sich die „Wiener Caféhaus-Methode“: Tische werden mit Papiertischdecken gedeckt und wie in einem Café aufgestellt, in Gruppen- oder Partnerarbeit schreiben die Kursteilnehmenden Anweisungen und/oder Erklärungen zu einer körperlichen Untersuchung eines Körperbereichs auf das Papier. Nach einer vorgegebenen Zeit wechseln die Gruppen oder Partner die Tischplätze und ergänzen, was sie auf der Tischdecke vorfinden.

Im weiteren Verlauf liegt der Schwerpunkt auf der korrekten Aussprache und Intonation (Satzakzent und Wortakzent) bei Anweisungen und Erklärungen.

Das Ziel ist, dass die Kursteilnehmenden in Rollenspielen mit vorgegebenen Krankheitsbildern die körperliche Untersuchung üben. Am Ende erfolgen mit Genehmigung der Kursteilnehmenden die Videoaufnahmen der entstandenen körperlichen Untersuchungen.

Benutzte Abkürzungen

TN = der Teilnehmer/die Teilnehmerin
KL = die Kursleitung
EA = Einzelarbeit
PA = Partnerarbeit
GA = Gruppenarbeit
PL = Plenum
UG = Unterrichtsgespräch
KV = Kopiervorlage

Lernziel 1: TN können die Struktur der allgemeinen internistischen körperlichen Untersuchung nennen					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien/ Medien	Sozialformen	Zeit/Min
Erkennen der Struktur	Einstieg	• Einstimmung – mögliche Fragen: *Wie oft sind Sie in Ihrem Berufsalltag mit der Behandlung von Jugendlichen konfrontiert? Was empfinden Sie als eine Herausforderung in solchen Situationen? Welche Fragen würden Sie einem Jugendlichen nach einem Skateboard-Unfall stellen wollen?* • KL sammelt Stichpunkte als Tafel-/Flipchartanschrieb • Ankündigung des Films	Tafel/ Flipchart	UG	5
	Globales Hören und Sehen	Aufgabe: *Schauen Sie sich den Film an und notieren Sie, was die Ärztin untersucht.* TN machen sich Notizen zur Abfolge der körperlichen Untersuchung	Film: Neurologische Untersuchung im Kindesalter	PL EA	10
	Sicherung des Hör-/Sehverstehens	KL und TN sprechen über die Abfolge Flipchartanschrieb	Flipchart	UG	5

Lernziel 2: TN können verschiedene Strukturen von ärztlichen Anweisungen, Erklärungen und Ankündigungen ordnen					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
	Gruppenbildung durch Auszählen (1, 2, 1, 2 …)	TN finden sich in 2 Gruppen: Diejenigen mit der Zahl 1 bilden Gruppe 1, diejenigen mit der Zahl 2 sind in Gruppe 2. Zwei Gruppen bearbeiten unterschiedliche Aufgaben.			2
KT können die verschiedenen grammatischen Formen der Anweisungs-/Erklär-und Ankündigungssprache ordnen	Selbstentdeckend ordnen und Systematisieren	KL verteilt den transkribierten Filmtext der neurologischen Untersuchung.	KV 1		
		Aufgabe Gruppe 1: *Unterstreichen Sie alle Anweisungen der Ärztin im Text und ordnen Sie diese in der Tabelle zu.* Aufgabe Gruppe 2: *Unterstreichen Sie im Text und ordnen Sie die Erklärungen und Ankündigungen der Ärztin in der Tabelle zu.*	KV 1 KV 2	GA	20
	Ergebnissicherung und Korrektur	TN wechseln die Gruppen, vergleichen die Lösungen und diskutieren über die Zuordnungen	KV 1 KV 3	GA	20
	evtl. Wiederholungsphase	Evt. Grammatikblöcke (z. B. Gebrauch von Modalpartikeln, Wiederholung des Imperativs) und zur Intonation der Anweisungen (freundlich, bestimmend oder abweisend)		UG	10

Lernziel 3: TN können Anweisungen und Erklärungen für verschiedene körperliche Untersuchungen geben					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
	Gruppenbildung	4er Gruppen suchen und finden sich			
Verschiedene grammatische Formen von Erklärungen und Anweisungen bilden	Übungsphase Spiel	KL teilt Karten mit Infinitiven für Anweisungen und Erklärungen/Ankündigungen aus	KV 4 Kärtchen mit Anweisungen und Erklärungen im Infinitiv	GA	2
	Weniger stark gesteuerte Übung	KL beschreibt Aufgabe: *Ein TN deckt ein Kärtchen auf und bildet einen Erklär- oder Anweisungssatz. Die anderen in der Gruppe bilden mit dem gleichen erweiterten Infinitiv andere Formen von Erklärungen und Anweisungen.*			15

Lernziele: 4. TN schreiben eine körperliche Untersuchung eines Körperteils 5. TN nennen Anweisungen und Erklärungen der körperlichen Untersuchung von Kopf/Hals, Herz, Lunge, Abdomen					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
TN wenden unterschiedliche Anweisungen und Erklärungen für verschiedene körperliche Untersuchungen an.	Transfer Freie Übung Jede „Experten-Gruppe“ erarbeitet eine körperliche Untersuchung der zugewiesenen Körperregion: Kopf/Hals, Herz, Lunge und Abdomen	TN bilden 4 Gruppen. Jede Gruppe erhält eine Körperregion. KL gibt Aufgabe: *Bitte fertigen Sie eine allgemein orientierende internistische körperliche Untersuchung mit Erklärungen und Anweisungen in „Sie“-Form an (mit Einleitungs- und Schlusssatz) für die zugewiesene Körperregion.*	Flipchart-Bögen Stifte	GA	15

Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
TN schreiben eine körperliche Untersuchung einer Körperregion		KL verteilt während der Gruppenphase Moderationskarten in vier Farben, jedes Gruppenmitglied bekommt eine andere Farbe (für spätere neue Gruppenbildung). Gruppen hängen ihre Ergebnisse an einer Stellwand auf.		GA	ca. 5 pro Körperregion
	Experten tauschen untereinander Wissen aus (Farbgruppen treffen sich an den entsprechenden farbigen Stellwänden. Damit ist gewährleistet, dass in jeder Gruppe eine Expertin/ein Experte sitzt und Korrekturen entgegennehmen kann). TN besuchen alle vier Wände in einem festen zeitlichen Rhythmus	TN bilden neue Gruppen nach den zuvor verteilten Farbkarten, sie treffen sich nach ihren Farbgruppen an der jeweiligen Stellwand; TN diskutieren und korrigieren; TN treffen sich am Schluss wieder in alter Expertengruppe; evtl. Fragen klären	4 Stellwände mit vier Farbmarkierungen und leerem Flipchartbogen		
TN lesen Anweisungen und Erklärungen	Ergebnissicherung durch Austeilen der Texte		KL befestigt auf der Rückseite der jeweiligen Stellwand die jeweilige Körperregion aus der KV 5.	GA	ca. 5 pro Körperregion
TN nennen Anweisungen und Erklärungen bei der körperlichen Untersuchung von Kopf/Hals, Herz, Lunge, Abdomen in der möglichen Reihenfolge	Abschluss Kettenübung	KL beginnt mit dem Anfangssatz einer körperlichen Untersuchung, z. B. *Ich werde jetzt Ihren Kopf untersuchen.* KL wirft den Ball einem TN zu. TN setzt dann die körperliche Untersuchung des Kopfes mit einer Anweisung oder Erklärung fort, wirft den Ball weiter, bis die körperliche Untersuchung des Kopfes abgeschlossen ist. Dann folgt der Hals usw.	Ball	PL	ca. 3-4 pro Körperregion

Kopiervorlage 1: Neurologische Untersuchung bei einem 14-jährigen Jungen nach einem Skateboard-Unfall (Filmtranskription)

(Kopiervorlage 1 beinhaltet den transkribierten Filmtext, Vorschläge zu den Lösungen und die Zeilenangaben. Damit lässt sie sich als Lösungsblatt nutzen. Die Zeilenangaben dienen den Teilnehmenden und Kursleitenden zur Klärung der zugeordneten Sätze. Durch das Abschneiden oder Umknicken der ersten Spalte erhält die/der Kursleitende eine Kopiervorlage für den Unterricht.)

A	1	Erzähl mal, warum bist du hier?
E	2	Ich möchte dich jetzt untersuchen, ob alles in Ordnung ist.
A	3	Könntest du bitte mal deine Jacke ausziehen.
A	4	Zeig mir mal deine Hände.
A	5	Gib mir mal die Hand und die Hand. Drück mal die Hände ganz fest zusammen.
A	6	Ganz fest.
A	7	Das geht fester.
	8	Das machst du sehr gut. Vielen Dank.
A	9	Kannst du die Hände mal so vorstrecken?
	10	Gut.
A	11	Geht das auch mit Augen zu?
	12	Sehr gut.
A	13	Dann kannst du sie wieder runternehmen.
E	14	Jetzt fühl ich mal, ob du auf beiden Seiten gleich gut fühlst.
A	15	Ist das … und das … das Gefühl ganz gleich?
A	16	Das Gefühl hier und hier ist auch gleich?
A	17	Und hier und hier?
A	18	Und das Gefühl hier und hier?
A	19	Und hier und hier?
	20	Sehr gut. Genauso soll das sein.
E	21	Jetzt klopf ich noch ein bisschen die Reflexe. Das kennst du vielleicht schon.
E	22	Zuerst den Oberarm. Da hau ich vor allem mich.
	23	Merkst du, wie der Reflex kommt?
	24	Ich spür den auch. Ich seh den weniger als ich das spüre.
	25	Sehr gut. Alles ganz normal.
	26	Sehr gut.
A	27	Du brauchst dich gar nicht festzuhalten. Du kannst ganz locker sein.
	28	Sehr gut. Da ist er.
E	29	Okay. Jetzt hole ich mir noch eine Lampe.
A	30	Schau doch bitte mal auf das Licht.
A	31	Bis da und bis da.

	32	Sehr gut machst du das.
A	33	Nach oben, geht das auch?
	34	Prima.
A	35	Und nach unten.
	36	Sehr gut.
E	37	Jetzt leuchte ich dir noch mal in die Augen.
	38	Prima.
	39	Ja.
E	40	Und auf der anderen Seite.
	41	Ja. Sehr gut.
A	42	Jetzt würde ich dich bitten, einmal deine Schuhe und deine Socken auszuziehen … und dich auf die Untersuchungsliege zu setzen.
	43	Okay.
A	44	Ist das Gefühl hier und hier das gleiche?
A	45	Und das Gefühl hier und hier?
A	46	Das Gefühl hier und hier?
A	47	Und hier und hier?
A	48	Und noch mal hier und hier?
A	49	Alles gleich?
E	50	Jetzt kommen noch mal die Reflexe.
	51	Guck mal.
	52	Sind aber doch gleich. (Ärztin denkt laut)
E	53	Ich mach das mal so. So ist das bequem für dich hoffentlich.
E	54	Noch ein bisschen anders hinlegen. So ist gut. (Ärztin denkt laut und kommentiert, was sie macht.)
	55	Bist du kitzelig unter den Füßen?
E	56	Ich muss dich nämlich jetzt leider ein bisschen ärgern.
	57	Hälst du gut aus, nicht?
	58	Alles in Ordnung.
E	59	Jetzt nehme ich den anderen Fuß auch noch mal.
	60	Alles gut.
A	61	Dann stell dich doch bitte noch mal hin.
	62	So! Genau.
A	63	Könntest du dich bitte auf ein Bein stellen?
	64	1, 2, 3, … 10. Prima.
A	65	Kannst du auf dem Bein auch hüpfen?
A	66	So, und dann bitte die andere Seite.
	67	1, 2, 3, …10. Prima.
A	68	Kannst du auf dem Bein auch hüpfen?

	69	Ja, alles in Ordnung.
A	70	Stell dich mal so hin, dass die Füße gut zusammen stehen.
A	71	Wenn ich dich schubse, lässt sich das aushalten?
	72	Okay.
A	73	Kannst du das auch mit Augen zu ?
	74	Ja. Prima. Sehr gut.
A	75	Kannst die Augen wieder aufmachen.
A	76	Mach bitte mal einen Zeigefinger.
A	77	Könntest du bitte mit dem Zeigefinger auf meinen Finger gehen? … und dann auf deine Nase? … jetzt auf meinen Zeigefinger noch mal … Nase … Finger … Nase … Finger … sehr gut.
A	78	Kannst du das mit der anderen Seite auch?
A	79	Finger … Nase … Finger … Nase … Finger … Nase … Finger … Nase.
	80	Sehr gut. Alles in Ordnung.
	81	Was macht der Kopf?
	82	Noch besser? Wird auch wieder alles in Ordnung werden.
A	83	Du kannst jetzt also gleich wieder nach Hause gehen.
	84	Ich würde jetzt gerne noch mal besprechen …

A = Anweisungen der Ärztin

E = Erklärungen/Ankündigungen der Ärztin

(Transkription: R. Willenbring nach: Podcast Folge 5 des Kurses „Grundlagen klinischer Untersuchung“ der Universitätskinderklinik Bonn. Urheberschaft: Dr. Bernhard Steinweg, UK Bonn, mit Kooperation mit uni-bonn.tv)

Kopiervorlage 2: Höfliche Aufforderungen und Anweisungen

Konditionalsätze	Imperativsätze	Fragesätze	Aussagesätze	Verkürzte Sätze
„Es wäre schön, wenn Sie tief einatmen könnten!“	„Bitte tief einatmen!“ „Bitte mal tief einatmen!“ „Tief einatmen!“	„Können Sie auch tief einatmen?“	„Sie atmen tief ein.“	„Noch einmal tief!“

Kopiervorlage 3: Erklärsprache/Ankündigungen

Aussagesatz Präsens (auch mit Modalverb)	Aussagesatz Präsens/ Futur mit Zeitangaben	Aussagesatz Präsens/Futur mit Partikeln	Konditionalsatz	Kurzform ohne „ich“ und Verb
„Ich höre die Lunge ab.“ „Ich muss die Lunge abhören.“	„Ich höre als nächstes die Lunge ab.“	„Ich werde dann mal die Lunge abhören.“	„Jetzt würde ich die Lunge ab-hören.“	„Dann die Lunge.“

Kopiervorlage 4: Die körperliche Untersuchung (Infinitive Anweisungen)

den Oberkörper frei machen	sich auf die Untersuchungsliege setzen	den linken Zeigefinger zur Nase führen
die Luft anhalten	kräftig die Augenbrauen hochziehen	die Ärmel des Pullovers hochkrempeln
tief durch den Mund ein- und ausatmen	die Knie anziehen	auf die Seite legen
den Mund öffnen	die Augen zukneifen	den Kopf zur Seite drehen
die Hände vorstrecken	tief in den Bauch einatmen	den linken Arm heben
sich noch einmal aufsetzen	mit dem Oberkörper nach vorn lehnen	sich zu mir herüber drehen
kräftig husten	den Kopf nach vorn beugen	die Arme neben den Körper legen

Kopiervorlage 4: Die körperliche Untersuchung (Infinitive Anweisungen)

Rücken abklopfen	die Kraft einzelner Muskeln prüfen	nach den Lymphknoten tasten
Lunge abhören	Blutdruck messen	EKG anlegen
die Reflexe klopfen	das Weiße der Augen anschauen	den Hals abtasten
um den Hals herum fassen	von hinten abhören	mit dem Stethoskop das Herz abhören
mit der Lampe in die Augen leuchten	den Bauch untersuchen	durch den Mund ein- und ausatmen
meine Hände auf Ihren Rücken legen	Finger in den After führen	die Pupillen testen
versuchen, die Augen aufzuziehen	unter den Füßen kitzeln	den linken Fuß nehmen

Kopiervorlage 5/1: Untersuchung von Kopf und Hals

- Ich werde jetzt Ihren Kopf gründlich untersuchen.
- Bitte setzen Sie sich dazu ganz entspannt auf die Untersuchungsliege.
- Ich möchte als Erstes das Weiße Ihrer Augen beurteilen. Deswegen schauen Sie einmal nach oben.
- Ich ziehe von unten die Augen, nicht erschrecken.
- Und jetzt schauen Sie einmal nach unten. Und dann mache ich das Ganze von der Oberseite noch einmal.
- Jetzt streiche ich noch einmal ein bisschen Ihr Gesicht von beiden Seiten.
- Fühlt sich das auf beiden Seiten gleich an?
- Hier einmal, und dort einmal und unten noch einmal.
- Und dann drück ich hier noch mal drauf.
- Schmerzt das? Tut das irgendwo weh?
- Einmal eine runzelige Stirn machen.
- Jetzt einmal kräftig die Backen aufpusten und dann drücke ich noch einmal auf die Backen.
- Bitte einmal lächeln.
- Bitte die Zähne zeigen.
- Dann öffnen Sie bitte einmal den Mund, schauen mich an und sagen „Ahh“.
- Dann leuchte ich mit meiner kleinen Taschenlampe in den Mund.
- Noch mal kräftig „Ahh“ sagen, bitte.
- Und dann die Zunge einmal rausstrecken.
- Die Zunge einmal hin und her bewegen bitte.
- Sie bleiben einfach ruhig sitzen.
- Ich taste vorne, hinten, auf der Seite ab.
- Wenn es irgendwo schmerzt, müssen Sie mir Bescheid sagen, ja?
- Dann würde ich jetzt als Nächstes Ihre Schilddrüse untersuchen.
- Da gehe ich einmal hinter Sie.
- Jetzt einmal schlucken bitte und gleich noch einmal schlucken.
- Jetzt würde ich noch einmal mit dem Stethoskop die Schilddrüse abhören.
- Das könnte ein bisschen kalt sein, nicht erschrecken.
- Und dann taste ich noch einmal den Puls am Hals.
- Und auf die andere Seite auch noch einmal drehen.
- Wenn Ihnen schwindlig wird oder schwarz vor Augen, müssen Sie mir sofort Bescheid sagen.
- Das kann mal vorkommen, wenn man auf den Hals drückt, das ist aber selten.
- Dann höre ich auch noch mal mit dem Stethoskop die Halsschlagader ab.
- Vielen Dank. Ich bin jetzt fertig mit der Untersuchung.
- Gibt es noch etwas, was Sie mir sagen oder zeigen möchten?

Kopiervorlage 5/2: Untersuchung der Lunge

- Dann möchte ich jetzt Ihre Lunge untersuchen.
- Ich würde Sie bitten, ganz normal zu atmen.
- Ich klopfe Sie erst einmal ab.
- Genau. Auf beiden Seiten.
- Atmen Sie einmal tief ein. Halten, halten, halten. Und jetzt ausatmen. Und auch einmal kurz halten.
- Ich werde Sie jetzt auch noch von hinten abhören.
- Mit leicht geöffnetem Mund bitte ein- und ausatmen.
- Ich höre jetzt mit dem Stethoskop Ihre Lungen ab.
- Sagen Sie einmal mit ganz tiefer und lauter Stimme „99“.
- Ich lege dabei meine Hände auf Ihren Rücken.
- Und dann bitte ich Sie noch einmal zu flüstern: „66“. So.
- Vielen Dank. Ich bin jetzt fertig mit der Untersuchung.
- Gibt es noch etwas, was Sie mir sagen oder zeigen möchten?

Untersuchung des Herzens

- Ich werde jetzt Ihr Herz untersuchen.
- Für die Untersuchung des Herzens würde ich Sie bitten, einmal den Oberkörper frei zu machen und sich hinzulegen.
- Atmen Sie einfach ganz normal.
- Ich lege jetzt meine Hand auf Ihren Brustkorb.
- Jetzt höre ich einmal mit dem Stethoskop das Herz ab. Nicht erschrecken, das Stethoskop kann ziemlich kalt sein am Anfang.
- Ich würde dabei dann gleichzeitig noch Ihren Puls tasten. Dann müssten Sie mir einmal Ihr Handgelenk geben.
- Dann an dieser Stelle einmal tief einatmen … und ausatmen … und kurz aufhören zu atmen … Okay und weiteratmen.
- Dann würde ich Sie noch einmal bitten, Ihren linken Arm zu heben.
- Ich muss noch einmal in der Achsel hören, und dann taste ich auch gleich noch in der Achsel.
- Heben Sie auch noch einmal den anderen Arm.
- Vielen Dank, ich bin jetzt fertig mit der Untersuchung.
- Gibt es noch etwas, was Sie mir sagen oder zeigen möchten?

Kopiervorlage 5/3: Untersuchung des Bauchs

- Legen Sie sich bitte auf die Untersuchungsliege und schieben Sie Ihren Pullover hoch.
- Ich schaue mir erst mal Ihren Bauch an.
- Narben haben Sie keine am Bauch, soweit ich sehen kann, oder?
- Zuerst höre ich einmal den Bauch mit dem Stethoskop ab.
- Und dann taste ich den Bauch ab.
- Dafür muss ich ein bisschen Druck ausüben.
- Ich mache es erst einmal ganz locker.
- Bitte sagen Sie mir, wenn es irgendwo unangenehm oder schmerzhaft ist.
- Also, ich taste den ganzen Bauch einmal ab.
- Dann schaue ich einmal nach der Leber.
- Ich taste hier einmal tief rein. Ja, das ist ein bisschen unangenehmen, das weiß ich.
- Und jetzt bestimme ich die Lebergröße. Ich taste da einmal ab.
- Gut, und dann kratze ich hier noch einmal ein bisschen mit dem Finger und setze das Stethoskop hier auf. Wenn es Ihnen zu arg kitzelt, müssen Sie das einfach sagen.
- Dann werde ich noch die Milz untersuchen.
- Vielleicht können Sie sich ein bisschen zu mir herüber drehen.
- Dann fasse ich da einmal mit der Hand so herum, genau.
- Setzen Sie sich noch einmal wieder auf.
- Ich klopfe da hinten noch einmal an den Flanken.
- Okay, tut da etwas weh? Spüren Sie da etwas?
- Dann taste ich noch einmal die Pulse in den Leisten.
- Vielen Dank, ich bin jetzt fertig mit der Untersuchung.
- Gibt es noch etwas, was Sie mir sagen oder zeigen möchten?

Paul Cahoj

2. Unterrichtsplanung „Die Patientenvorstellung“

Lerngruppe

Diese Unterrichtsplanung ist für maximal 12 Kursteilnehmer konzipiert. Thematisch ist sie für ca. sechs Unterrichtsstunden angelegt. Die Lernvoraussetzung ist das Niveau B2.

Unterrichtsmaterial und -medien

- PC (Laptop, Tablet o. Ä.), Beamer und Projektionsfläche
- Internetzugang (oder Stick mit Internetzugang)
- Filme
- nummerierte Kopiervorlagen
- Flipchart und Papierbögen
- Moderationskoffer oder Gleichwertiges

Stellenwert der Patientenvorstellung

Die Patientenvorstellung stellt für viele internationale Ärztinnen und Ärzte als eine der kommunikativen Anforderungen des beruflichen Alltags in deutschen Kliniken eine besondere Herausforderung dar. Das ist zu einem großen Teil dadurch begründet, dass Adressat dieser Sprachhandlung in der Regel ärztliches Personal ist, also Kollegen, doch findet die Patientenvorstellung ebenso innerhalb von Hierarchien statt, die im Wesentlichen durch Vorgesetzte, namentlich Ober- und Chefärzte, bestimmt werden.

Dies mag dazu führen, dass der Druck, unter dem internationale Ärztinnen und Ärzte stehen, nicht nur der Verpflichtung geschuldet ist, die Patientenvorstellung im Interesse der medizinischen Kunst umfassend und fachlich richtig durchzuführen. Vielmehr kann eine unsichere Sprachkompetenz Grund für vermehrten psychischen Druck sein, unter dem internationales medizinisches Personal zumindest in der eigenen subjektiven Wahrnehmung steht.

Der Zweck der Patientenvorstellung

„Bei der Patientenvorstellung kommt es darauf an, den Kollegen in möglichst knappen Worten einen umfassenden Eindruck der Patientin oder des Patienten zu vermitteln.“ (Schrimpf, Bahnemann 2012, S. 78). Es gilt, im zum Teil sehr hektischen Klinikalltag Kollegen, Vorgesetzte sowie medizinisches Fachpersonal aus anderen Funktionsbereichen, vielleicht auch außenstehende Experten und Laien, umfassend und schnell über einen Patienten und sein Krankheitsbild zu informieren. Die vermittelten Informationen sind besonders relevant, da sie Grundlage für weitere diagnostische Maßnahmen oder Therapien sein können.

Für die vorstellenden Ärzte bedeutet das zunächst, so viele Informationen wie möglich über den betreffenden Patienten zu recherchieren und bereitzustellen. In einem nächsten Schritt kommt es darauf an, die Informationen systematisiert wiederzugeben und so die Verantwortung für den Patienten mit Ober- und Chefärzten zu teilen (Vieten, Heckrath 2005). Von entscheidender Bedeutung sind dabei die Ergebnisse und Befunde der apparativen Diagnostik, die stets aktuell sein und mit dem bisherigen Krankheits- und Therapieverlauf in Zusammenhang gebracht werden sollten. Besonders wichtig sind dabei die Ergebnisse der apparativen Routinediagnostik wie EKG und Laborbefunde bzw. die Blutwerte, da sie auch interdisziplinär zum diagnostischen Standard gehören. Darüber hinaus kommt natürlich bildgebenden Verfahren eine große Bedeutung zu; allerdings würde das den hier gegebenen Rahmen sprengen und bedarf einer gesonderten methodisch-didaktischen Aufarbeitung.

Bei der Visite sind oftmals Ober- und Chefärzte anwesend, was an sich schon eine Art Ausbildungskontext für einen vorstellenden Assistenzarzt darstellt. Des Weiteren ist eine Routinesituation des Klinikalltags die Übergabe an einen diensthabenden Kollegen oder aber die Verlegung eines Patienten auf eine andere Station, oft genug „zwischen Tür und Angel“, während die „konsiliarische Vorstellung bei Kollegen einer anderen Abteilung“ (Hengsbach et al. 2013) einen etwas formelleren Rahmen darstellt.

Allen Situationen gleich ist, dass eine Patientenvorstellung neben den Merkmalen der konzeptionellen Schriftsprache in der Regel einen hohen Anteil an klinischem Fachwortschatz aufweist. „Mit so vielen Worten wie nötig und so knapp wie möglich" (Vieten, Heckrath 2005) beschreibt die Besonderheit von Wissenschaftssprache im medizinischen Kontext, nämlich die hohe sprachliche Dichte und der hohe Informationsgehalt vor dem Hintergrund einer naturwissenschaftlichen Eindeutigkeit.

Eine besondere Situation der Visite besteht auch darin, dass neben den vorgesetzten Ärztinnen und Ärzten auch der Patient zugegen ist und die Möglichkeit haben sollte, Verständnisfragen zu stellen und sich über sein Krankheitsbild, seine Diagnose, den Verlauf seiner Therapie und etwaige Prognosen zu informieren. Hier können die Adressaten von Sprachhandlungen durchaus wechseln. Internationale Ärztinnen und Ärzte stehen vor der Herausforderung, medizinische Sachverhalte Vorgesetzten und Kollegen in einer stark wissenschaftlich geprägten und dichten Fachsprache zu übermitteln, gleichermaßen aber in einer populären Ausprägung dem Patienten und medizinischen Laien gegenüber zu kommunizieren. Hinzu kommt die Anwesenheit von Ärztinnen und Ärzten in der Ausbildung, die gewisse Herangehensweisen, Denkmuster und Schemata noch verinnerlichen sollen, sowie von Pflegekräften, die Anordnungen erhalten und dokumentieren, sodass sich der Grad an sprachlicher Abstraktheit auf dem Niveau der Praxissprache innerhalb der Klinik trifft und je nach Adressatengruppe zu- oder abnehmen kann (Schrimpf, Bahnemann 2012, S. 6ff.).

Struktur der Patientenvorstellung

Allen geschilderten Situationen ist jedoch eine innere Struktur gemeinsam, nach der eine Patientenvorstellung gegliedert sein sollte. Diese kann sich von Haus zu Haus in einzelnen Punkten unterscheiden, bildet aber in der jeweils gegebenen Arbeitshierarchie eine gemeinsame Ebene, die die Vermittlung relevanter Informationen sicherstellt und somit eine Orientierung erleichtert. Für Kursleitende in Kursen für internationale Ärztinnen und Ärzte empfiehlt sich das von Schrimpf und Bahnemann präferierte und aus dem angelsächsischen Raum stammende System der *SOAP-note* (ebd., S. 78f.), das einen groben Rahmen zur Orientierung bietet:

- **S** – steht für die subjektiven Beschwerden von Patientinnen und Patienten und besteht in der Regel aus den Aussagen dieser zu Symptomatik und Verlauf im Rahmen des Anamnese- und des Untersuchungsgesprächs. So muss bei der Wiedergabe subjektiver Beschwerden durch die Patientinnen und Patienten deren Subjektivität durch den Gebrauch des Konjunktivs, in der Regel des Konjunktiv I, besonders hervorgehoben werden: *Der Patient sagt/gibt … an/beschwert sich über/beklagt sich über/erwähnt, seit zwei Stunden habe er persistierende thorakale Schmerzen trotz Gebrauchs des Nitrosprays.*
- **O** – steht für die objektiven Befunde, die sich im Rahmen der Untersuchung ergeben, insbesondere die Ergebnisse der apparativen Diagnostik wie Röntgenuntersuchungen, Laborergebnisse und die Ergebnisse spezieller anderer Untersuchungsmethoden: *Das Labor zeigt/ergab* … Auf dem Bild ist zu erkennen …
- **A** (*assessment*) – steht für eine Beurteilung des Falls, wobei die Diagnose und die Differentialdiagnose eine Rolle spielen: *Für/Gegen eine/einen … spricht, …*
- **P** – steht für Plan oder das weitere Prozedere im jeweiligen Fall.

Weitere brauchbare Schemata bietet aber auch die Ausbildungsliteratur in Form von Leitfäden für den klinischen Alltagsgebrauch, die das oben dargelegte SOAP-Schema noch differenzierter nachvollziehen lassen mit Einordnung von Befunden zum Zeitpunkt der Aufnahme und im weiteren Therapieverlauf.

Ausblick

Im weiteren Verlauf erstellen die Teilnehmenden anhand authentischer Fälle eigene Patientenvorstellungen. Vorstellbar ist die Fortführung des jeweiligen Falles bis zur Erstellung des Arztbriefes.

LITERATUR

Endspurt: Endspurt Vorklinik Physiologie 1. Stuttgart: Thieme, 2013

Hahn, J.-M.: Checkliste Innere Medizin. Stuttgart: Thieme, 2013

Hengesbach, Sven et al.: Checklisten der aktuellen Medizin: Checkliste Medical Skills. Stuttgart: Thieme, 2013

Jünger, J., Nikendei, C. (Hg.): OSCE Innere Medizin. 2. Korrigierte Auflage. Stuttgart: Thieme, 2013

Karenberg, Al: Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Für Studium und Berufspraxis. Stuttgart: Schattauer, 2011

Küttler, T.: 100 Fälle Innere Medizin. München: Elsevier, Jena 2006

Roelcke, Thorsten: Fachsprachen. Grundlagen der Germanistik. 3. Aufl. Berlin: ESV, 2010

Schrimpf, Ulrike; Bahnemann, M.: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte, Kommunikationstraining für Klinik und Praxis, 2. aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer, 2012

telc gGmbH: Rahmencurriculum Deutsch Medizin. Frankfurt a. M.: 2014

Vieten, M.; Heckrath, C.: Medical Skills. Für Famulatur und PJ. Stuttgart: Thieme, 2000

Wiese, I.: Fachsprache der Medizin. Eine linguistische Analyse. Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie, 1984

Ylönen S.: „Deutsch im medizinischen Kontext“, in: Krumm, H.-J. et al. (Hg.): Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch. De Gruyter, Berlin 2010, S. 467 – 476

Internetquellen

http://www.onmeda.de/video/herzinfarkt.html (letzter Zugriff am 10.5.2016)

http://www.onmeda.de/video/wie-das-herz-arbeitet (letzter Zugriff am 10.5.2016)

Unterrichtsplanung „Die Patientenvorstellung“

Lernziel 1: TN können Patientenaussagen innerhalb einer kardialen Anamnese einordnen und anamnestisch relevante Informationen erheben					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
Anatomische und klinische Fachsprache auf Transfer- und Praxisniveau; Schaffung von Bewusstsein für Vorhandensein und Bedeutung von Fachlexik	Vorentlastung TN sammeln Begriffe zum Herz-/Kreislaufsystem Audiovisuell durch Video Assoziativ durch Schema des Herz-/Kreislaufsystems	KL sammelt mit TN Fachlexik auf transfer- bzw. fachsprachlicher Ebene und semantisiert einzelne Begriffe aus Anatomie, Physiologie und aus dem klinischen Bereich (Krankheiten, diagnost. und therapeut. Verfahren etc.)	Internet und Beamer/ Schema des Herz-/Kreislaufsystems z. B.: *http://www.onmeda.de/video/ wie-das-herz-arbeitet*	UG	10
Patientenaussagen in Transfersprache	Präsentation Hör-/Leseaufgabe (KV 1 Übungen 1 und 2)	TN rezipieren Gespräch und lösen zur Verständnissicherung Richtig/Falsch-Aufgaben. TN versuchen, Patientenaussagen in das Schema der kardialen Anamnese einzuordnen.	Text/Hörtext KV 1 in Papierform	EA	20
Kreuzworträtsel Kardioanamnese Fachlexik und Redemittel zur Erstellung einer Anamnese	Semantisierungsphase Kreuzworträtsel (KV 1 Übung 3)	TN erhalten Fachlexik und Redemittel zur Durchführung einer eigenen Anamnese	Kreuzworträtsel KV 1 in Papierform	EA	10
Schema der kardialen Anamnese	Semantisierungsphase Sammeln der Aussagen aus dem Präsentationstext und Einordnung innerhalb des Anamneseschemas	TN ergründen die Bedeutung der Oberbegriffe der kardialen Anamnese Fachlexik und ordnen diesen weitere Patientenaussagen zu. KL erweitert die Aussagen ggf. um lokal individuelle Variationen und Idiome.	Anamneseschema KV 1 in Papierform	PL	20
Differentialdiagnose; Konjunktiv und Redemittel zur Äußerung von Vermutungen. Argumentation und Darstellung kausaler Zusammenhängen	Semantisierungsphase (KV 1 Übung 4)	KL stellt einige Krankheitsbilder (z. B. Angina pectoris, Lungenembolie, Rippenfraktur, Inerkostalneuralgie) anhand der Symptomatik zur Diskussion und vermittelt Redemittel zur Argumentation und damit zur differentialdiagnostischen Abgrenzung von anderen Erkrankungen. Hahn, J.-M.: Checkliste Innere Medizin. Stuttgart: Thieme, 2013, S. 171f..	Tafel/ Flipchart	PL	15

Durchführung einer eigenen Anamnese	Übungsphase Interview	KL gibt Aufgabe: *Führen Sie eine kardiale Anamnese mit Ihrem Partner durch und stellen Sie den Interviewpartner vor dem Plenum als Patienten vor.*	Anamnese-schema KV 1 in Papierform	PA	15
Vorstellung des Patienten und Feedback der TN	Übungsphase	TN stellen in ausgewählten Beispielen Ihren Interviewpartner vor.		PL	10
Ergänzung der kardialen Anamnese	Übungsphase (KV 1 Übung 5)		KV 1 in Papierform	EA	10
Auswertung Ausblick	Präsentation (evtl. Übung 6)		KV 1 in Papierform	UG	10

Lernziel 2: TN kennen den Aufbau einer EKG-Befundung und können das EKG bei einem Herzinfarkt beschreiben

Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozial-formen	Zeit/Min
	Vorentlastung/ Wiederholung	TN schauen ein Video zur Patientenaufklärung über den Herzinfarkt. KL sammelt Begriffe und semantisiert unbekannte Nomen und Verben.	Internet und Beamer, z. B.: *http://www.onmeda.de/video/herzinfarkt.html*	PL	10
Redemittel für Definitionen	Zwischenphase Zuordnungsübung von Begriffen und ihren Definitionen (KV 2 Übung 1)	TN verbinden Begriffe und ihre Definitionen	KV 2 in Papierform	EA	5
Beschreibung von Abläufen: Adverbiale Zeitbestimmungen	Anordnungsübung (KV 2 Übung 2)	TN bringen die Visualisierungen in die richtige Reihenfolge.	KV 2 in Papierform	EA	5
Beschreibung von Abläufen: Adverbiale Zeitbestimmungen	Präsentation Anordnungsübung	KL stellt ausgedruckte Visualisierungen der EKG-Dynamik bei einem Herzinfarkt zur Verfügung. TN ordnen diese an.	Stellwand	PL	10
Fachlexik zur Beschreibung eines Infarkt-EKGs Nominalisierungen und Genitivattribute	Übungsphase (KV 2 Übung 3)	TN lesen den Text zu den Stadien des Herzinfarktes, schreiben die Nominalisierung neben die entsprechende EKG-Kurve und verbinden Nominalisierungen mit den entsprechenden Stellen in der Kurve	KV 2 in Papierform	EA	15

Nominalisierungen und Genitivattribute	Evtl. Wiederholung der gramm. Phänomene			UG	(15)
	Festigungsphase	TN präsentieren und beschreiben ein Infarkt EKG		GA	10

Lernziel 3: TN können einen Patienten im Rahmen einer Visite vorstellen					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/MIn
Die TN können Informationen zu einer Patientenvorstellung zusammentragen.	Vorbereitungsphase Zuordnung von Informationen für eine Fallpräsentation	Die TN sammeln anamnestische Patientenangaben, Untersuchungsergebnisse aus körperlicher Untersuchung und apparativer Diagnostik, Diagnose etc. und ordnen diese innerhalb des SOAP-Schemas ein. KL sammelt diese innerhalb einer Matrix an der Tafel	Tafel/Flipchart SOAP-Schema	PL	10
	Semantisierungsphase (KV 3 Übung 1)	TN lesen Text zur Fallpräsentation einer KHK und ordnen diese in das SOAP-Schema ein.	Text KV 3 in Papierform	EA	15
Präpositionalkonstruktionen und Nominalisierungen. Passiversatzkonstruktionen Redemittel zur indirekten Wiedergabe von Informationen.	Übungsphase (KV 3 Übung 2)	TN sammeln Ideen, wie die kursiv gedruckten Passagen umformuliert werden können.	Tafel/Flipchart KV 3 in Papierform	PL	20
Präpositionalkonstruktionen und Nominalisierungen. Passiversatzkonstruktionen Redemittel zur indirekten Wiedergabe von Informationen.	Evtl. Wiederholungsphase	KL wiederholt Möglichkeiten des dokumentarischen Kurzstils.	Tafel/Flipchart	PL	(20)
	Transferphase	TN tragen Informationen zusammen zur Vorstellung des Infarktpatienten in Gruppen. TN können Fallbeispiel ggf. abwandeln und auf eigene Patientenbeispiele zurückgreifen. KL gibt Hilfestellung.	Diagramm Weitere Beispiele: Hahn, J.; Baum, K.: Checkliste Innere Medizin. Stuttgart: Thieme 2006	GA	30
Eigenständige Präsentation des Falles	Abschlussphase	TN präsentieren Fallbeispiel vor dem Plenum		PL	15

Kopiervorlage 1

Übung 1: Hörtext / Lesetext (A = Ärztin, P = Patient)

A: Guten Tag, mein Name ist Mandi, bleiben Sie ganz ruhig, wir sind jetzt da …

P: Oh endlich … ich bin so froh, Frau Doktor!

A: Was ist denn mit Ihnen? Können Sie mir sagen, was Ihnen fehlt?

P: Es sind wahnsinnige Schmerzen Frau Doktor … in der Brust … überall!

A: Ich sehe schon … versuchen Sie, ganz ruhig zu bleiben … ich lege Ihnen jetzt einen Zugang, dann kann ich Ihnen auch etwas gegen die Schmerzen geben … können Sie mir denn sagen, was genau passiert ist?

P: Es waren plötzlich diese Schmerzen … ich dachte, ich sterbe … ich wollte nur schnell ins andere Büro etwas holen … da kamen beim Gehen auf dem Flur diese Schmerzen und ich bin zusammengesackt …

A: Sie hatten keinen Unfall oder sich falsch bewegt oder so etwas in der Art?

P: Nein, nicht …!

A: So! Sehen Sie dieses Spray? Ich sprühe Ihnen jetzt dreimal damit in den Mund, unter die Zunge, okay? Das ist auch gegen die Schmerzen, mal schauen, ob es hilft …

P: Ja gut …

A: Wann haben die Schmerzen denn angefangen

P: Was …?

A: Seit wann haben Sie die Schmerzen?!

P: Seit gerade … kurz bevor ich dann umgefallen bin … seit einer halben Stunde …

A: Haben Sie solche Schmerzen denn zum ersten Mal?

P: Oh ja …! So etwas hatte ich noch nie … ich hatte immer mal so ein Drücken in der Brust … manchmal so ein Stechen … da dachte ich, das kommt vom Rauchen und ich muss einfach mal ein bisschen gesünder leben … aber das … !

A: Waren Sie denn deshalb schon mal beim Arzt oder sind in Behandlung deswegen?

P: Nein … das ist lange her, dass ich mal beim Arzt war … der hatte damals nur Blutdruck gemessen und gesagt, dass ich wiederkommen soll, weil der erhöht gewesen war … aber wahrscheinlich war das so, weil ich auch nervös war … und dass mein Blutfett zu hoch ist … aber sonst – ich habe mich immer gut gefühlt … und jetzt das! Ich habe das Gefühl, dass ich sterbe … und jetzt spüre ich immer noch das Gefühl, mir sitzt ein Elefant auf der Brust! Muss ich sterben?

A: Nun mal langsam … wir sind für Notfälle vorbereitet und Sie sind jetzt in guten Händen. Was machen denn die Schmerzen?

P: Die habe ich immer noch …

A: Okay. Ich gebe Ihnen jetzt etwas gegen die Schmerzen. Ich schreibe außerdem ein EKG und wir bringen Sie ins Krankenhaus. Sie sind also nicht in regelmäßiger Behandlung bei Ihrem Hausarzt, korrekt?

P: Nein …

A: Dann nehmen Sie auch keine Medikamente regelmäßig, oder?

P: Nein … deswegen nicht … höchstens mal eine Kopfschmerztablette …

A: Und sonst auch keine regelmäßigen Medikamente? Z. B. gegen Zucker …

P: Ach was, nein …!

A: Können Sie mir noch einmal sagen, wo die Schmerzen genau sind?

P: Ah… in der ganzen Brust! Und die ziehen sich … ich dachte mir gleich, dass es ein Infarkt ist, weil sie in den Arm ziehen, aber die gehen sogar bis in den Hals und in den Rücken! Aber am schlimmsten ist es hier auf der linken Seite!

A: Können Sie mir denn nochmal langsam und genau erzählen, was passiert ist?

P: Also das kam ganz plötzlich …! Auf einmal trat dieser wahnsinnige Schmerz auf. Ich habe mich noch gewundert, warum ich auf einmal so schwitze und dann dachte ich, dass es mich zerreißt – ich habe mir nur noch an das Herz gefasst und mein Handy aus der Tasche geholt …

A: Haben Sie uns denn verständigt?

P: Nein … ich wollte nur noch meine Tochter anrufen … weil ich dachte, dass das Ende ist, jetzt erwischt es mich – genau wie meinen Vater … meine Mitarbeiter haben Sie gerufen … ich konnte nichts mehr sehen, weil mir der Schweiß in die Augen lief … wählen auch nicht, weil meine Hände so feucht waren … bin dann nur noch auf die Knie … habe versucht, ruhig zu atmen, aber Luft habe ich auch keine mehr bekommen …

A: Wurden die Schmerzen dann nicht besser?

P: Nein … dann auch nicht … und auch nicht, als ich lag …

A: Wer hat Sie denn so hingelegt?

P: Meine Mitarbeiter … ich lag wohl zusammengekrümmt auf der Seite … einer meinte, man müsse mich so hinlegen – der hat mir dann auch das Hemd aufgemacht …

A: … und so in Ruhe wurde es auch nicht besser mit den Schmerzen?

P: Nein … aber der meinte auch, ich solle die Arme still halten und mich nicht so viel bewegen und hat mir dann auch das Hemd aufgemacht …

A: Ich habe gerade Ihr Hemd gesehen … haben Sie sich übergeben?

P: Ja, mir war auf einmal speiübel …! Ich musste kotzen und wollte einfach, dass alles rauskommt … ich hatte Angst, dass ich mich verschlucke … tut mir leid … !

A: Das ist schon okay! Und machen Sie sich keine Sorgen, Sie sind jetzt in guten Händen. Wir kümmern uns um Sie … versuchen Sie jetzt auch, etwas ruhiger zu atmen …

P: … ich kriege doch keine Luft … was passiert denn jetzt …?

A: Wir nehmen Sie erst einmal mit ins Krankenhaus und ich stelle Ihnen unterwegs noch ein paar Fragen …

Entscheiden Sie, ob die Aussagen richtig oder falsch sind.

	richtig	falsch
1. Der Patient hat die Schmerzen seit einer halben Stunde.		
2. Der Patient ist wahnsinnig.		
3. Der Patient hat sehr starke Schmerzen.		
4. Der Patient ist in seinem Büro zusammengebrochen.		
5. Der Patient war beim Arzt, weil er so nervös war.		
6. Der Patient muss langsam sterben.		
7. Der Vater des Patienten verstarb an einem Herzinfarkt.		
8. Die Mitarbeiter haben sich um den Patienten gekümmert.		

Lösung: 1. richtig, 2. falsch, 3. richtig, 4. richtig, 5. falsch, 6. falsch, 7. richtig, 8. richtig

Übung 2: Kardiale Anamnese

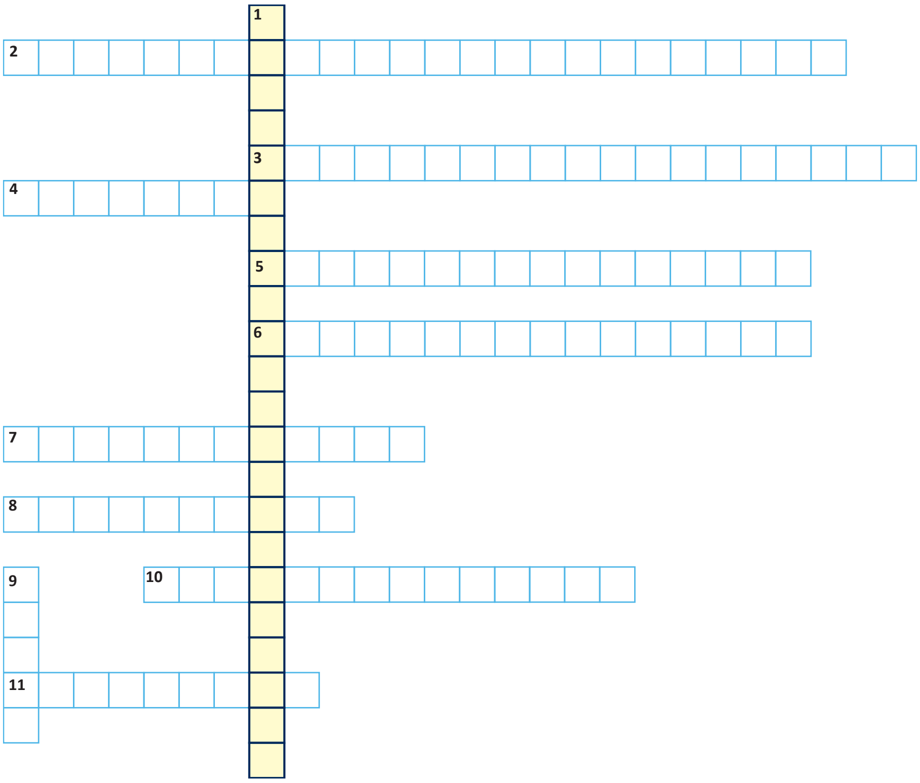
Im Folgenden sehen Sie das grobe Schema einer kardialen Anamnese. Notieren Sie zunächst, ob zu den einzelnen Punkten des Anamneseschemas Patientenaussagen vorhanden sind. Ordnen Sie dann die Aussagen des Patienten den einzelnen Punkten der Anamnese zu.

Anamneseschema der kardialen Anamnese	Patientenaussagen vorhanden	Patientenaussagen
Das Ereignis		
Beginn		
Dauer		
Verlauf		
Schmerzsymptomatik		
Lokalisation		
Ausstrahlung		
Dauer		
Belastungsabhängigkeit		
Nitropositivität/Nitrorefraktärität		
Vegetative Begleitsymptomatik		
Übelkeit		
Erbrechen		
Schweißausbruch		
Kardiovaskuläre Risikofaktoren		
Arterielle Hypertonie		
Hyperlipidämie		
Diabetes Mellitus		
Nikotinabusus		
Positive Familienanamnese hinsichtlich kardialer Erkrankungen		

(Quelle: Jünger, J.; Nikendei, C. (Hg.): OSCE Innere Medizin, 2013)

Übung 3: Kreuzworträtsel

Wenn Sie nicht alle Begriffe verstehen, hilft Ihnen dieses Kreuzworträtsel. Ergänzen Sie.



waagerecht

2 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob jemand in der Familie die Krankheit/diese Beschwerden schon einmal hatte.

3 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, an welcher Stelle oder wo am oder im Körper es genau weh tut.

4 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob dem Patienten/der Patientin übel oder schlecht war oder ob er/sie ein schlechtes Gefühl im Magen oder Bauch hat.

5 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob die Schmerzen nachlassen und es besser geht, wenn der Patient/die Patientin Nitro-Spray nimmt.

6 Man fängt an, stark zu schwitzen.

7 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, wohin der Schmerz geht/zieht/ausstrahlt.

8 Hoher Blutdruck. Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob der Patient/die Patientin hohen Blutdruck hat, ob er/sie unter hohem Blutdruck leidet oder ob er/sie wegen hohem Blutdruck in Behandlung ist.

10 Das sind Dinge, die dazu beitragen können, dass man eine Krankheit bekommt. Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob der Patient/die Patientin raucht und wie viel er/sie raucht, ob er/sie Alkohol trinkt und wie viel oder ob er/sie Drogen nimmt und welche Drogen er/sie nimmt.

11 Essen, das man im Magen hat, kommt aus dem Mund wieder heraus. Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob der Patient/die Patientin sich übergeben oder erbrochen hat.

senkrecht

1 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, ob die Schmerzen auftreten, wenn er/sie etwas Anstrengendes macht.

9 Hier fragt der Arzt/die Ärztin, wie lange der Patient/die Patientin die Schmerzen schon hat.

Lösung: Waagerecht 2 Positive Familienanamnese, 3 Schmerzlokalisation, 4 Übelkeit, 5 Nitropositivität, 6 Schweißausbruch, 7 Ausstrahlung, 8 Hypertonie, 10 Risikofaktoren, 11 Erbrechen; Senkrecht: 1 Belastungsabhängigkeit, 9 Dauer

Übung 4: Differentialdiagnose

Bei der oben wiedergegebenen Situation handelt es sich um eine Notfallsituation, sodass im Zuge der Akutmaßnahmen keine richtige Anamnese durchgeführt wurde.

- Welchen Verdacht haben Sie, um welche Erkrankung es sich handelt?
- Von welchen anderen Erkrankungen würden Sie das oben geschilderte klinische Bild abgrenzen? Um welche Erkrankung könnte es sich noch handeln? Was spricht für Ihre Diagnose und was spricht z. B. gegen eine Lungenembolie?
- Welche weiteren diagnostischen Maßnahmen benötigen Sie dazu, um andere Erkrankungen auszuschließen?

Übung 5: Ergänzung der kardialen Anamnese

Auf der Fahrt ins Krankenhaus kann die Notärztin mit dem Patienten ein reguläres Anamnesegespräch führen.

- Überlegen Sie, welche Informationen Sie im Rahmen einer kardialen Anamnese noch einholen würden. Wissen Sie zum Beispiel, was der Patient von Beruf ist?
- Bitte ergänzen Sie die Vitalwerte. Wie hoch sind Ihrer Meinung nach Puls und Blutdruck?
- Fertigen Sie sich Notizen an und präsentieren Sie diese vor der Gruppe. Einigen Sie sich auf Parameter, mit denen Sie weiter arbeiten.

Name	Geschlecht	Alter	Beruf	Puls	Blutdruck	Weitere Parameter

Stellen Sie danach den Patienten aus dem Fallbeispiel mit Ihren Werten und den Aussagen aus der Notfallsituation vor

Übung 6: Risikofaktoren

Denken Sie im Hinblick auf die spätere Epikrise daran, welche Risikofaktoren man beeinflussen kann und welche nicht!

- Wie sollten Menschen leben und was sollten Menschen tun, um gesünder zu leben?
- Wie reagiert das Gesundheitssystem darauf?
- Kennen Sie prophylaktische Programme, die von den Krankenkassen gefördert werden?

Kopiervorlage 2

Übung 1: EKG-Befund

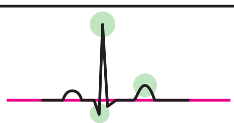
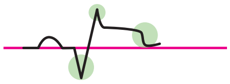
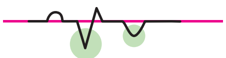
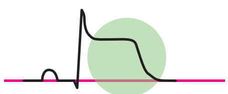
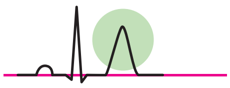
Woraus setzt sich ein EKG-Befund zusammen? Welche Parameter werden dabei bestimmt? Verbinden Sie beide Seiten und setzen Sie die Definitionen richtig zusammen.

1. Als Herzrhythmus …	a. … versteht man die Richtung des Vektors der elektrischen Herzachse, die u.a. anhand des Cabrera-Kreises bestimmt werden kann.
2. Die Herzfrequenz …	b. … betragen z.B. für die PQ-Zeit normalerweise 0,12 – 0,2 s.
3. Unter dem Lagetypen …	c. … bezeichnet man die Formen der Messkurven eines EKGs.
4. Die Zeitintervalle …	d. … bezeichnet man die elektrische Herzaktivität, aus der die mechanische Aktivität resultiert.
5. Unter einer Amplitude …	e. … versteht man in der Medizin die maximale Auslenkung einer Messkurve über einem Mittel- oder Basiswert.
6. Als Wellen und Zacken …	f. … ist die Anzahl der Herzaktionen pro Minute.

Lösung: 1d, 2f, 3a, 4b, 5e, 6c

Übung 2: EKG-Stadien

Ordnen Sie diese EGKs in der richtigen Reihenfolge an.

1. Initialstadium	a. 
2. Stadium 1	b. 
3. Zwischenstadium	c. 
4. Stadium 2	d. 
5. Stadium 3	e. 

Lösung: 1e, 2d, 3b, 4c, 5a

Übung 3: Beschreibung der EKG-Dynamik bei einem Herzinfarkt

Lesen Sie die Texte zu den einzelnen Stadien eines Herzinfarktes und notieren Sie die Nominalisierungen der Verben in die Tabelle. Markieren Sie die auf der rechten Seite beschriebenen Prozesse links auf den EKG-Kurven wie im Beispiel. Die betreffenden Prozesse sind mit grünen Kreisen markiert:

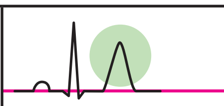
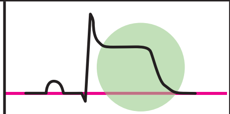
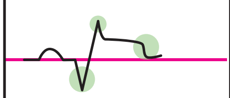
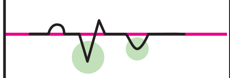
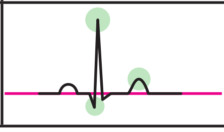
Initialstadium:
Die T-Welle erhöht sich deutlich und das so genannte „Erstickungs-T“ bildet sich aus.

Stadium 1:
Die ST-Strecke hebt sich und geht aus dem absteigenden QRS-Schenkel ab.

Zwischenstadium:
Ein pathologisch tiefes Q bildet sich aus, eventuell verliert sich die R-Zacke und die T-Welle verläuft terminal spitz negativ.

Stadium 2:
Eine pathologisch tiefe Q-Zacke bildet sich aus, die gehobene ST-Strecke hat sich zurückgebildet und die T-Welle verläuft negativ.

Stadium 3:
Eine pathologisch tiefe Q-Zacke besteht fort, die R-Zacke nimmt wieder zu, die gehobene ST-Strecke ist verschwunden und die T-Welle verläuft wieder positiv. Ordnen Sie die EGK-Kurven auf der rechten Seite den Stadien eines Herzinfarktes zu. Sprechen Sie; was sehen Sie auf den Abbildungen?

1. Initialstadium		Deutliche Erhöhung der T-Welle und Ausbildung des so genannten Erstickungs-Ts
2. Stadium 1		Hebung der …
3. Zwischenstadium		
4. Stadium 2		
5. Stadium 3		

Lösung: 1 Deutliche Erhöhung der T-Welle und Ausbildung des sogenannten Erstickungs-Ts, 2 Hebung der St-Strecke mit Abgang aus dem absteigenden QRS-Schenkel, 3 Ausbildung eines pathologisch tiefen Q, eventueller Verlust der R-Zacke und terminal spitz negativer Verlauf der T-Welle, 4 Ausbildung einer pathologisch tiefen Q-Zacke (Pardée-Q), Rückbildung der ST-Hebung, negativer Verlauf der T-Welle, 5 Fortbestehen einer pathologisch tiefen Q-Zacke, Zunahme der R-Zacke an Höhe, ST-Streckenhebung nicht mehr nachweisbar, positiver Verlauf der T-Welle

Kopiervorlage 3

Übung 1: Patientenvorstellung

Ihr neuer Kollege stellt einen Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung vor. Ordnen Sie die Aussagen seiner Patientenvorstellung in das SOAP-Schema ein, indem Sie die Überschriften an der richtigen Stelle setzen (Subjektive Beschwerden, Objektive Befunde, Assessment/Beurteilung, Plan).

Das ist Herr Meier. Herr Meier stellte sich vorgestern bei uns vor, *um Beschwerden im linken Thorax abklären zu lassen.*

Er wurde mit dem Verdacht auf eine KHK mit belastungsabhängiger Angina pectoris aufgenommen, da ein Thorakalsyndrom oder einer Hiatushernie mit Refluxösophagitis *wegen des klinischen Bildes* und des Risikoprofils, dass sich durch die leichte Adipositas und den langjährigen Nikotinabusus sowie durch die Familienanamnese ergibt, eher unwahrscheinlich ist.

Der Patient sagt, er habe vor sieben Wochen zum ersten Mal bei einem Umzug starke Schmerzen in der Brust verspürt.

Vor drei Wochen seien diese Schmerzen bei einem Wanderurlaub erneut aufgetreten. Der Patient gibt an, zum Arzt gegangen zu sein, der seinen Blutdruck gemessen und einen erhöhten Blutdruck festgestellt habe.

Die Anamnese ergab, dass die vegetativen Funktionen bei Herrn Meier unauffällig sind.

Der Patient sagt, er habe in den letzten Jahren um die 10 kg zugenommen und rauche derzeit ca. 10 Zigaretten täglich.

Jedoch habe er bis vor einem Jahr bis zu 40 Zigaretten täglich geraucht und das über 20 Jahre lang.

Der Patient behauptet, *dass er kaum Alkohol trinke, dafür aber bis zu 6 Tassen Kaffee täglich konsumiere.*

Die Familienanamnese ergab, dass Herrn Meiers Vater früh an einem Herzinfarkt verstorben sei und auch seine Mutter schon einen Infarkt erlitten habe.

1972 habe er eine Appendektomie gehabt, seit dem sei er nie ernsthaft krank oder in Behandlung gewesen.

56-jähriger Mann, der in gutem AZ und leicht adipösem EZ ist. Er ist 1,85 m groß und wiegt 95 kg. In Ruhe hat er keine Zeichen einer kardiopulmonalen Insuffizienz, keine Zyanose. Er hat keine Ödeme. Ebenso hat er in Ruhe auch keine Dyspnoe.

Der Thorax weist keine Deformitäten auf und ist symmetrisch und seitengleich beatmet. *Man kann einen sonoren Klopfschall über beide Lungen feststellen,* die unteren Lungengrenzen verschieben sich auf beiden Seiten 3 cm.

Die Atemgeräusche sind regelrecht, *man kann* bronchovesikuläres Atmen *vernehmen, es sind* keine RGs und keine Dämpfung *festzustellen.*

Die Herztöne sind rein und akzentuiert.

Man kann keine Geräusche *auskultieren, die typisch für ein Vitium wären.*

Die Herzaktionen sind regelmäßig.

Der Patient hat eine Herzfrequenz von 60/min. Er weist keine Extrasystole auf.

Der Patient hat einen Blutdruck von 150/90, den Puls *kann man* auf beiden Seiten gleich gut tasten.

Die grobe neurologische Untersuchung *ergab keinen Befund.*

Es wurden ein Ruhe-EKG, eine Echokardiografie und ein Belastungs-EKG durchgeführt. (…)

Das EKG ergab einen normfrequenten Sinusrhythmus bei Indifferenz- bis Linkstyp und einen inkompletten Rechtsschenkelblock, die Erregungsbildung war insgesamt unauffällig.

Als das Belastungs-EKG *durchgeführt wurde*, entwickelte der Patient bei maximal 125 Watt einen maximalen Pulsanstieg auf 125/min und einen maximalen Blutdruck von 190/130 mmHg einen retrosternalen Druck, der sich im weiteren Verlauf zu einem massiven retrosternalen Schmerz ausweitete. Die Beschwerden normalisierten sich nach 2 Hüben Nitrospray. Das Belastungs-EKG ist also positiv mit 75 Watt mit bis zu 0,4 mV ST-Streckensenkungen im Anterolateralbereich. *Damit einher gehen pectanginöse Beschwerden unter Belastung und hohe Blutdruckwerte.*

In der Echokardiografie *kann man erkennen, dass der linke Vorhof etwas erweitert ist.*

Weil die Ergebnisse des Belastungs-EKGs s*o eindeutig sind* und *das klinische Bild positiv ist, muss man zusätzlich keine Stressechokardiografie durchführen.*

Das Labor ergab, dass das Gesamtcholesterin erhöht ist, besonders das LDL-Cholesterin und mit 189mg/dl und die Triglyceride mit 220 mg/dl. Die restlichen Werte *sind normal.*

Der Patient erhält zur Einstellung des Blutdrucks einen ACE-Hemmer. Eine CSE-Hemmer-Therapie wurde eingeleitet, *um die Blutfettwerte zu senken.*

Die Untersuchungsergebnisse sprechen für eine belastungsabhängige Koronarinsuffizienz und für einen Verdacht auf KHK. Außerdem wurde durch das Labor eine Hyperlipidämie festgestellt.

Der Patient ist zur Koronarangiografie angemeldet.

Die weitere Therapie hängt von den Ergebnissen der Koronarangiografie ab.

Bei einer Besserung der Beschwerden sollte nach 3 und 6 Monaten eine Ergometrieuntersuchung durchgeführt werden.

Man sollte daran denken, *dass nach einem halben Jahr eine Myokardszintigrafie durchgeführt wird.*

Zusätzlich empfehlen wir dem Patienten, das Rauchen einzustellen und fett- und kalorienreduzierte Kost zu genießen.

Außerdem empfehlen wir regelmäßigen Ausdauersport zwei- bis dreimal in der Woche 30 Minuten.

(Quelle: Küttler, Thomas: 100 Fälle Innere Medizin. München: Elsevier, 2007, S. 83 ff.)

Übung 2: Dokumentarischer Kurzstil

Im Text sind einige Beispiele kursiv gedruckt. Versuchen Sie diese, im dokumentarischen Kurzstil wiederzugeben.

Übung 3: Epikrise

Notieren Sie sich aus dem Text über Herrn Meier die Redemittel, die Sie zur Vorstellung des Patienten brauchen. Das Diagramm liefert Ihnen weitere Informationen.

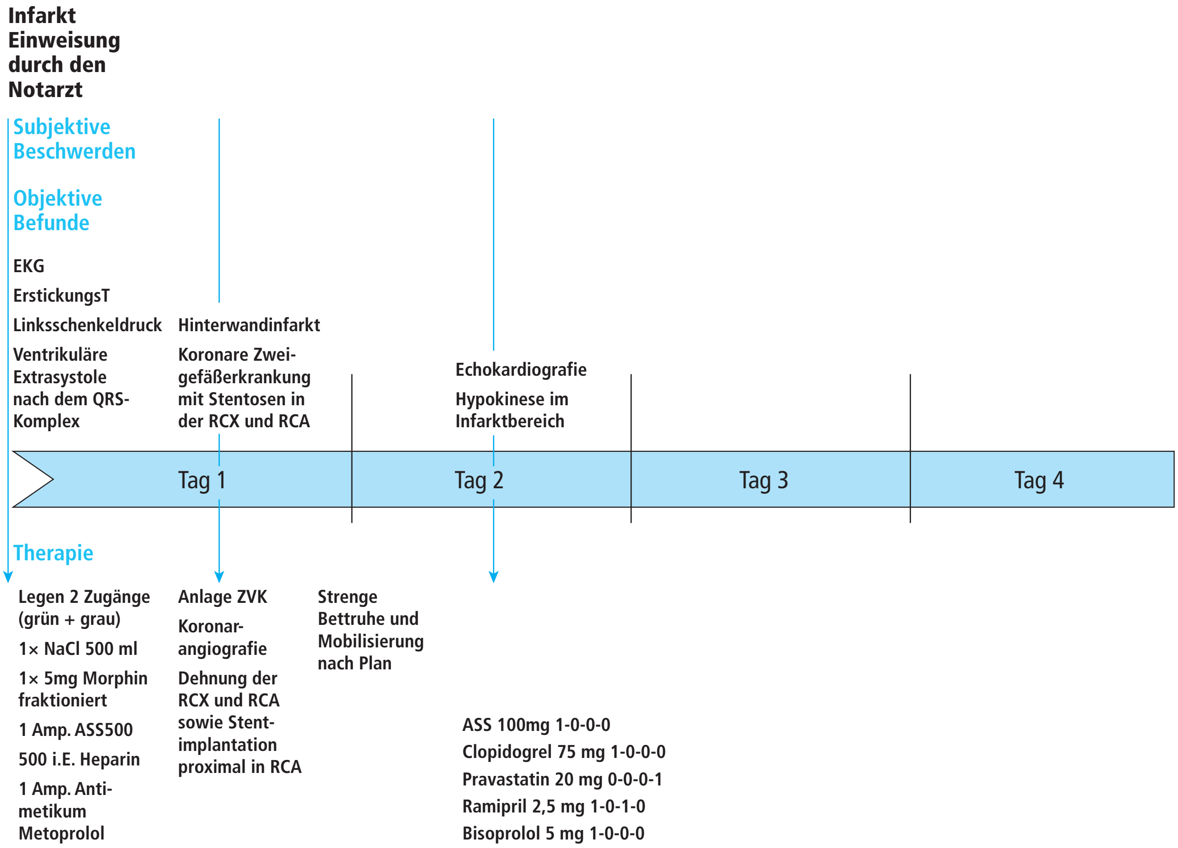


Diagramm Epikrise

Lösungsbeispiel Übung 1

Vorstellung und subjektive Beschwerden
Das ist Herr Meier … bis zu 6 Tassen Kaffee täglich.

Objektive Befunde
56-jähriger Mann, der in gutem AZ …

Assessment/Beurteilung
Die Untersuchungsergebnisse sprechen für …

Plan
Der Patient erhält zur Einstellung des Blutdrucks einen ACE-Hemmer. Eine CSE-Hemmer- Therapie … Die weitere Therapie hängt von den Ergebnissen der Koronarangiografie ab …

Lösungsbeispiel Übung 2

- *um Beschwerden im linken Thorax abklären zu lassen* – zur Abklärung linksthorakaler Beschwerden
- *wegen des klinischen Bildes* – aufgrund der klinischen Symptomatik
- *Die Anamnese ergab, dass …* – Laut Anamnese sind …
- *dass er kaum Alkohol trinke, dafür aber bis zu 6 Tassen Kaffee täglich konsumiere.* – Der Patient behauptet, kaum Alkohol zu trinken, dafür aber bis zu 6 Tassen Kaffee täglich zu konsumieren.
- *Man kann einen sonoren Klopfschall über beide Lungen feststellen, die unteren Lungengrenzen verschieben sich auf beiden Seiten 3 cm.* – Sonorer Klopfschall … feststellbar, die unteren Lungengrenzen … verschieblich.
- *man kann bronchovesikuläres Atmen vernehmen, es sind keine RGs und keine Dämpfung festzustellen.* – vernehmbar … feststellbar
- *ergab keinen Befund* – ohne Befund
- *Man kann keine Geräusche auskultieren, die typisch für ein Vitium wären.* – Keine vitientypischen Geräusche auskultierbar.
- *Der Patient hat einen Blutdruck von 150/90 und den Puls kann man auf beiden Seiten gleich gut tasten.* – auf beiden Seiten gleich gut tastbar
- *Damit einher gingen pectanginöse Beschwerden und hypertensive Blutdruckwerte.* – … im Anterolateralbereich und damit einhergehenden pectanginösen Beschwerden und hypertensiven Blutdruckwerten …
- *Als das Belastungs-EKG durchgeführt wurde* – Während des Belastungs-EKGs
- *In der Echokardiografie kann man erkennen, dass der linke Vorhof etwas erweitert ist.* – … ist eine Erweiterung des linken Vorhofs erkennbar.
- *Weil die Ergebnisse des Belastungs-EKGs so eindeutig sind und das klinische Bild positiv ist, muss man zusätzlich keine Stressechokardiografie durchführen.* – Aufgrund der Ergebnisse und der positiven Klinik … ist eine zusätzliche Stressechokardiografie nicht indiziert.
- *Die restlichen Werte sind normal.* – liegen im Normbereich
- *um die Blutfettwerte zu senken* – zur Senkung der Blutfettwerte
- *Man sollte daran denken, dass nach einem halben Jahr eine Myokardszintigrafie durchgeführt wird.* – ist eine Myokardszyntigrafie ratsam/zu empfehlen

Radka Lemmen

3. Unterrichtsplanung „Der Arztbrief“

Lerngruppe

Diese Unterrichtsplanung ist für maximal 12 Kursteilnehmer konzipiert. Thematisch ist sie für ca. sechs Unterrichtsstunden angelegt. Lernvoraussetzung ist das vorhandene Niveau B2.

Unterrichtsmaterial und -medien

- nummerierte Kopiervorlagen
- Flipchart und Flipchartbögen
- Moderationskoffer oder Gleichwertiges

Stellenwert des Arztbriefes

Der Arztbrief steht oft für synonym benutzte Begriffe wie Epikrise, Entlassungsbrief, Patientenbrief oder Befundbericht. Es handelt sich dabei um ein Dokument, in dem Informationen für die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten zusammengefasst werden. Damit steht er im Mittelpunkt des schriftlichen Ausdrucks und stellt eine sprachliche Herausforderung für internationale Ärztinnen und Ärzte dar. Hinzu kommt, dass Arztbriefe häufig als erste Informationsquelle zur Beurteilung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder durch Ärzte der Krankenversicherungen dienen. Die Verpflichtung zur Zusammenstellung und Aushändigung des Arztbriefes an die Patienten ergeben sich aus der Verankerung im Sozialgesetzbuch.

Zweck des Arztbriefes

Durch den Arztbrief soll der Status bei Entlassung eindeutig dokumentiert und die Kontinuität einer Behandlung der Patienten sichergestellt werden.

Struktur des Arztbriefes

Arztbriefe können sich je nach Fachrichtung in Inhalt, Umfang und Form (Papierform, elektronischer Arztbrief) sehr unterscheiden. Es gibt jedoch folgende Gemeinsamkeiten: Der Arztbrief wird für den einzelnen Behandlungsfall in der behandelnden Einrichtung erstellt. Er beginnt mit der Aufnahme in die Einrichtung und endet mit der Entlassung des Patienten aus der Einrichtung. Der Arztbrief gibt einen zusammenfassenden Überblick über den Status des Patienten bei der Entlassung, einen Rückblick über den Krankheitsverlauf, die veranlasste und durchgeführte Therapie, Informationen zur Klassifizierung der Erkrankung nach den gängigen Systemen und Empfehlungen zur Fortführung der Therapie.

Ausblick

In der weiteren Fortführung bringen die Teilnehmenden ihre eigenen Briefe mit, damit sie gemeinsam mit der Kursleitung die Besonderheiten in den Formulierungen herausarbeiten können. Es ist sinnvoll, wenn die Arztbriefe vor dem Unterricht der Kursleitung vorliegen. Die Kursleitung kann z. B. für die erste einführende Unterrichtseinheit aus den Epikrisen eine Art „Collage“ erstellen. Die Teilnehmenden sollen einzelne Fälle finden, die ersten strukturellen Fehler korrigieren und eine Liste schriftlicher Redemittel anlegen. Gerade bei diesem Thema können sich Teilnehmende mit eigenen mitgebrachten und anonymisierten Patientendaten einbringen. Beispiel: Jede Kleingruppe erhält Informationen zunächst zu einem Patienten, später zu mehreren Patienten, zu seinen Diagnosen und zu vorliegenden Ergebnissen der Untersuchungen. Aus diesen Informationen schreibt jede Kleingruppe einen Arztbrief. Die erstellten Arztbriefe werden verglichen und um besonders gelungene Formulierungen ergänzt.

LITERATUR

Glazinski, R.: Arztbriefe optimal gestalten. Leitfaden zur Erstellung ärztlicher Berichte in Klinik und Praxis, Studienbuch zum ärztlichen Berichtswesen. 2014

Schrimpf, Ulrike, Bahnemann, M.: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte, Kommunikationstraining für Klinik und Praxis, 2. aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer, 2012

Thommes, D., Schmidt, A.: Menschen im Beruf Medizin. Ismaning, Hueber 2015

telc gGmbH: Rahmencurriculum Deutsch Medizin. Frankfurt a. M. 2014

Unterrichtsplanung „Der Arztbrief“

Lernziel 1: TN können Funktionen des Arztbriefes nennen und Konsequenzen für den eigenen Berufsalltag ziehen					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
Bewusstmachung der Funktionen eines Arztbriefes	Vorentlastung Sammeln von Assoziationen	KL sammelt mit TN Stichworte zum Assoziogramm Funktionen des Arztbriefes	Tafel/ Flipchart	UG	5
Strukturierung der genannten Funktionen und Auswirkungen für den Berufsalltag erkennen	Kategorisierung	KL gibt 3 Stichworte auf Moderationskarten vor: intern, ärztlich, extern. TN versuchen, eigene Ergänzungen zu finden und auf Moderationskarten zu notieren. (vgl. Glazinski 2014, S. 30)	Karten	EA	10
	Präsentation	TN legen/hängen die Ergänzungen. KL sortiert die doppelt genannten Informationen aus. Es entsteht eine Lernlandschaft mit folgenden Lösungen: intern -> Übermittlung medizinisch relevanter Informationen; ärztlich -> Festhalten von Ergebnissen; extern -> Dokumentation des Behandlungsprozesses und -erfolges (vgl. Glazinski 2014, S. 30)		PL	15
Sensibilisierung für die hohen Anforderungen an einen Arztbrief	Besprechung der Ergebnisse Diskussion	TN ergründen die Bedeutung der Begriffe, reflektieren die eigenen Positionen, vergleichen mit den bisherigen Erfahrungen aus den Heimatländern und äußern Schlussfolgerungen für das eigene Tun.		PL	10

Lernziel 2: TN kennen die Gliederung eines internistischen Arztbriefes und können eigene Äußerungen formulieren					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/Min
	Vorentlastung	KL fragt: *Welche Informationen gehören unbedingt in einen Arztbrief?*	Tafel/ Flipchart	UG	5
Vermutungen zur Gliederung eines internistischen Entlassungsbriefes anstellen	Wiederholung	TN bilden vier Gruppen und erhalten zerschnittene KV 1 (ohne die Zahlenangaben). KL erklärt: *Sie erhalten die zerschnittene Gliederung eines internistischen Entlassungsbriefes. Bringen Sie die Gliederung in die richtige Reihenfolge.*	KV 1 in Papierform	GA	5
Erstellen einer Gliederung	Vergleich in den Gruppen	Die Gruppen lassen auf ihren Plätzen die gelegte Reihenfolge liegen und gehen im Uhrzeigesinn zum benachbarten Tisch, wo sie die vorgefundene Gliederung betrachten. Das geht so lange, bis TN an ihren ursprünglichen Plätzen sind. Ggf. nehmen sie Korrekturen vor.		GA	2 pro Gruppe
	Festigung Vergleich mit dem Leitfaden nach Glazinski	Die Gruppen erhalten die Lösung. TN diskutieren die praktische Umsetzung im Berufsalltag.	KV 1 mit Lösungen	PL	10
Herausarbeiten der Besonderheiten im eigenen Berufsalltag		Austausch der TN über Gewohnheiten des eigenen Gestaltens und der Vorgaben der Abteilung/Klinik/der Vorgesetzen.		PL	10
Passende Beschreibungen finden	Vorwissen aktivieren (KV 1 zweite Spalte)	Aufgabe: Ergänzen Sie in Partnerarbeit zu jedem Gliederungspunkt mind. einen Satz. TN ergänzen die ihnen bekannten/genutzten Beispielsätze.	KV 1 in Papierform	PA	15
Eigenen Kenntnisstand ergänzen	Sicherung	KL hält besonders gelungene Beispiele fest. KL macht auf die Benutzung vom Präteritum, des „Wir“ und der Redewiedergabe aufmerksam.	Anschrieb	UG	20
	Evtl. Wiederholung der gramm. Phänomene (Konjunktiv I, Passiversatz, Nominalisierung, Präteritum)			UG	(frei)

Lernziel 3: TN können einen Arztbrief in Textbausteinen erstellen					
Lerninhalte	Unterrichtsphasen Übungstypologien Methodische Hinweise	Unterrichtsaktivitäten	Materialien Medien	Sozialformen	Zeit/ Min
Die TN können Informationen umschreiben.	Vorbereitungsphase Umformulierung der Informationen aus der Transfersprache in die Fachsprache (KV 2 Übung 1)	KL gibt jeder Kleingruppe einen Abschnitt der KV. TN bearbeiten den jeweiligen Teil.	KV 2 Übung 1	GA	15
	Sicherungsphase	TN, die den gleichen Abschnitt bearbeitet haben, stellen ihre Umformulierungen vor. Die besten Formulierungen für den jeweiligen Abschnitt sammelt KL an der Tafel. Ggf. thematisiert KL die Begrüßungsformel, den einführenden Satz und den Abschluss des Arztbriefes.	Tafel/Flipchart	UG	25
Erweiterung um weitere Formulierungen	Vergleich (KV 2 Übung 2)	TN lösen zunächst alleine den Lückentext, anschließend besprechen sie die Lösungen im Plenum; binnendifferenzierend können die Lösungsmöglichkeiten a, b, c mit ausgeteilt werden.	KV 2 in Papierform	EA	10
Eigene Formulierungen verifizieren		TN stellen eigene Formulierungen vor. Sie diskutieren über deren Relevanz.	Tafel/ Flipchart	UG	10
	Transferphase	TN einigen sich in der Gruppe auf einen letzten oder interessanten Fall. Sie bereiten diesen in den Abschnitten für den Kurs vor. Ggf. wählen TN oder KL einen aus den Fällen der thieme-Seite aus. KL gibt Hilfestellung.	Weitere Beispiele: z.B.: www.thieme.de/viamedici/klinik-faecher-innere-1535/a/online-kurs-innere-medizin.html	GA	30
Eigenständige Präsentation des Falles	Abschlussphase	TN präsentieren einen Fall.		PL	15

Kopiervorlage 1: Arztbrief

		Lösungsbeispiele:
1	Empfänger: zuweisender Arzt nachrichtlich: Patient, weitere mitbehandelnde Ärzte	
2	Persönliche Angaben zum Patienten Behandlungsdauer	Wir berichten über …, geb. …, wohnhaft in … , die/der sich von … bis … in unserer stationären Behandlung befand.
3	Haupt-, Nebendiagnose(n), Prozeduren	MI, Z.n.: …
4	Hauptbeschwerden	Die stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund massiver Beschwerden …
5	Aktuelle Vorgeschichte – Symptomatik und Entwicklung	Sie/Er berichtet, dass er starke retrosternale linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in Arm, Hals und Rücken verspürt habe und daraufhin synkopal geworden sei.
6	Allgemeine Anamnese – Vorerkrankungen, Krankheiten in der Familie, vegetative Anamnese mit Allergien, soziale Anamnese, bisherige ärztliche Betreuung	An kardiovaskulären Risikofaktoren weist die Patientin/der Patient einen Nikotinabusus, eine Angina pectoris sowie eine unbehandelte Hypertonie und Hyperlipidemie auf.
7	Klinischer Aufnahmebefund – Klinische Basisgrößen, internistischer und evtl. neurologischer Befund	Präklinisch zeigte sich im EKG ein Erstickungs-T, ein Linksschenkelblock sowie ventrikuläre Extrasystolen.
8	Untersuchungsergebnisse – Labor, Bildgebung, Funktionsuntersuchungen	Im Labor zeigte sich eine Erhöhung der Herzenzyme.
9	Epikrise – Bezug zur Einweisungsdiagnose, Differentialdiagnose, durchgeführte Therapie, klinischer Befund nach Therapie, prognostische Einschätzung, Aufklärungsgrad des Patienten	Aufgrund des klinischen Bildes wurde die Patientin/ der Patient zur weiteren reperfusionstherapeutischen Behandlung in das Herzkatheterlabor unseres Hauses gebracht.
10	Therapieempfehlungen	Als Therapie sind eine sofortige Einstellung des Nikotinabusus sowie eine Anpassung der Lebensumstände an die gegebene Situation empfohlen.
11	Aktuelle Medikation	Als Dauermedikation erhält der Patient nun im Rahmen der antithrombotischen Therapie und zur Senkung von Herzfrequenz und Blutdruck das Medikament XX.
12	Schluss	Sollten sich Komplikationen entwickeln, kann sich die Patientin/der Patient jederzeit in unserer Ambulanz vorstellen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Mit kollegialen Grüßen

Kopiervorlage 2

Übung 1: Wie würden Sie diese Sätze in einem Arztbrief formulieren?

Abschnitt 1
Die Mitarbeiter von Herrn Lang haben heute (12.12.2015) den Notarzt alarmiert, nachdem sie ihren Chef auf dem Boden in seinem Büro liegend gefunden haben. Herr Lang wohnt im Hinterhaus der Firma in der Lindenallee 1A in Remscheid (PLZ 42855). Er hat mit der Ärztin unter starken Schmerzen gesprochen. Seine Schmerzen sind überall in der ganzen Brust, sie gehen in Arm, Hals und Rücken. Er spürt immer noch eine enorme Enge in der Brust und musste spucken.

Abschnitt 2
Die Notfallärztin hat von Herrn Lang erfahren, dass er bald 49 sein wird und ungern zum Arzt geht: Er raucht, hat hohen Blutdruck und erhöhte Blutfettwerte. Sie hat ihm Nitrospray gegeben, aber es hat sich kaum etwas gebessert. Er hat von ihr auch etwas gegen Schmerzen und Übelkeit bekommen.

Abschnitt 3
Die Ärztin vermutet eine Herzattacke, deswegen kommt der Patient ins Herzkatheterlabor des Krankenhauses. Eine spezielle Röntgenuntersuchung bestätigt die vermutete Diagnose. Die Kollegen unternehmen sofort etwas. Auch in der Laboruntersuchung sieht man keine guten Eiweißwerte.

Abschnitt 4
Herr Lang bekommt unterschiedliche Medikamente, z. B. ein gerinnungshemmendes Mittel, etwas gegen seine Blutfette und seinen hohen Blutdruck. Diese muss er, auch wenn er wieder zu Hause ist, einnehmen. Er kann sich langsam bewegen. Die Ärztin führt mit ihm ein Gespräch über seinen Zustand. Sie rät ihm auch eindringlich, nicht mehr zu rauchen. Zuerst muss er zur Reha, aber er bleibt nicht mehr im Krankenhaus.

Übung 2: Schließen Sie die Lücken.

(Abschnitt 1)

Sehr geehrte Frau Kollegin …,

wir berichten über Herrn Michael Lang, geb. am 14.01.1967, wohnhaft in 42855 Remscheid, Lindenallee 1A, der am 12.12.2015 mit Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom vom Notarzt (1) ________________ wurde.

Der Patient gibt an, auf der Arbeit, kurz nachdem er aufgestanden sei, starke retrosternale linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in Arm, Hals und Rücken (2) _________ zu haben. Daraufhin (3) ______ er synkopal geworden. Zudem habe er sich übergeben müssen.

(Abschnitt 2)

(4) ____ kardiovaskulären Risikofaktoren weist Herr Lang einen Nikotinabusus, eine Angina pectoris sowie eine unbehandelte Hypertonie und Hyperlipidemie auf.

Präklinisch zeigte sich im EKG ein Erstickungs-T, ein Linksschenkelblock sowie ventrikuläre Extrasystolen. Vom Notarzt erhielt er Nitrospray zur Gefäßerweiterung, zu Analgesie und Sedierung Morphin, ASS, Heparin, Metoprolol und ein Antiemetikum. Neben der typischen vegetativen Symptomatik wie Übelkeit und Schweißausbruch erwiesen sich die Schmerzen als nitrorefraktär.

(Abschnitt 3)

Aufgrund des klinischen Bildes wurde Herr Lang zur (5) ______ reperfusionstherapeutischen Behandlung in das Herzkatheterlabor unseres Hauses gebracht, da eine angioplastische Therapie aufgrund der kurzen Zeit nach dem Ereignis und der besseren Prognose (6) ___ Therapie der Wahl indiziert war. In der notfallmäßig durchgeführten Koronarangiografie zeigte sich ein Hinterwandinfarkt bei einer Zweigefäß-KHK mit Stenosen in der RCX und RCA. Diese wurden (7) ___________ und mit Stents versorgt. Anschließend erfolgte eine Echokardiografie, welche eine Hypokinese im Infarktbereich zeigte. Im Labor zeigte sich eine Erhöhung der Herzenzyme.

(Abschnitt 4)

Als Dauermedikation erhält der Patient nun im (8) __________ der antithrombotischen Therapie ASS 100 mg und Clopidogrel 75 mg, Pravastatin 20 mg zur Senkung der Blutfette, Ramipril 2,5 mg und Bisoprolol 5 mg zur Senkung von Herzfrequenz und Blutdruck.

Der Patient wurde im weiteren Verlauf stufenweise mobilisiert.

Die oben genannte Medikation ist zur Rezidivprophylaxe (9) _______ beizubehalten.

Für die poststationäre Phase ist eine ambulante Reha angemeldet. Als Therapie der Wahl sind eine sofortige Einstellung des Nikotinabusus sowie eine Anpassung der Lebensumstände an die gegebene Situation anzusehen. Der Patient wurde (10) _____ seine Situation aufgeklärt, die prognostische Einschätzung ist u. a. aufgrund des geringen Alters günstig.

Wir empfehlen in Absprache mit dem behandelnden Arzt weitere regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen in unserem Hause.

Mit kollegialen Grüßen

	a	b	c
1.	angewiesen	eingewiesen	zugewiesen
2.	spüren	spürt	verspürt
3.	ist	sei	werde
4.	An	auf	bei
5	weiter	weitere	weiteren
6.	als	wie	–
7.	aufgedehnt	ausgedehnt	dehnt
8.	Rahmen	Raster	Raum
9.	bald	erstmalig	vorerst
10.	für	über	zu

Lösung: 1b, 2c, 3b, 4a, 5c, 6a, 7a, 8a, 9c, 10b